

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

JEANNINE PAQUET

L'EVOLUTION DES ATTITUDES FACE AU SIDA

JANVIER 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Contexte théorique.....	5
1 - Le SIDA	
Historique de l'infection au VIH.....	6
Bilan des connaissances	12
Impacts de la maladie aux plans psychologique et psychopathologique	22
2-Attitudes et évolution	
Attitudes face aux maladies à travers les âges	30
Définition du concept d'attitude	33
Evolution des attitudes face au SIDA	39
Hypothèses.....	50
Chapitre II - Description de l'expérience.....	54
Sujets.....	55
Instrument de mesure	57
Déroulement de l'expérience.....	60
Chapitre III - Analyse des résultats	63
Méthodes d'analyse.....	64
Présentation des résultats.....	65
Interprétation des résultats.....	78
Conclusion	87

Appendice A -	Description de l'échantillon de 1987	92
Appendice B -	Description des niveaux de scolarité des échantillons de 1987 et 1990 selon le programme d'études.....	94
Appendice C -	Moyennes et écarts-types pour l'Echelle Attitudes face au SIDA 1987 et 1990	98
Appendice D -	Moyennes et écarts-types pour l'Echelles Attitudes face a l'homosexualité 1987 et 1990.....	100
Appendice E -	Moyennes et écarts-types pour le test de connaissances sida 1987 et 1990.....	102
Références.....		105

Sommaire

Le but de cette recherche est d'évaluer s'il y a eu des changements significatifs d'attitudes face au sida trois ans après une première expérimentation faite en 1987, par Ionescu (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989). Selon nos hypothèses, les attitudes face au sida (sidaphobie, homophobie et changement de comportements sexuels) n'ont pas évolué entre 1990 et 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études. Ceci même si les connaissances face à la maladie sont plus élevées. De plus, le niveau des connaissances est en relation avec les attitudes de peur face au sida et ces dernières sont encore associées à l'homophobie comme démontré en 1987.

Le questionnaire d'Attitudes face au SIDA (Ionescu, 1987), fut complété par 174 étudiants¹, de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ces étudiants sont inscrits dans trois différents programmes d'études (55 en psychologie, 57 en sciences de l'éducation et 62 en gestion/administration), soit au certificat, au baccalauréat ou à la maîtrise. Ces sujets ont été sélectionnés en fonction de leur orientation sexuelle (hétérosexualité), de leur âge (21-30 ans), du sexe (homme, femme), et de leur origine (québécoise). Le choix de notre échantillon a été fait, en fonction des mêmes variables que celui de Ionescu (1987), pour permettre la comparaison entre les résultats des deux expérimentations.

1 Dans ce mémoire, le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

L'analyse des résultats confirme en partie nos hypothèses, puisque les attitudes de peur face au sida, les attitudes négatives face à l'homosexualité et les comportements sexuels pour l'ensemble de la population sont demeurés stables depuis 1987. De plus, les connaissances face au sida ont augmenté. Par contre, des différences significatives sont mises en évidence en fonction du sexe et des programmes d'études pour les trois échelles. Par exemple, les hommes en sciences de l'éducation ont plus peur du sida que les femmes inscrites au même programme d'études. Un lien entre le niveau des connaissances face au sida et les attitudes de peur est mis en évidence. Tandis que la peur face au sida est toujours en relation avec l'homophobie.

Afin de mieux connaître les variables qui influencent la persistance des attitudes négatives face au sida, d'autres recherches sont nécessaires. À plus long terme, celles-ci pourraient étudier davantage la perception des gens face au risque de contracter la maladie et leurs attitudes face aux divers moyens de protection.

Introduction

Depuis son annonce officielle en 1981, le sida (syndrome d'immuno-déficience acquise) a suscité beaucoup d'intérêt scientifique, tant au plan médical qu'au plan psychosocial. Les recherches médicales intensives ont permis: de résoudre l'énigme de l'agent infectieux en cause, la découverte de tests de dépistage et le déploiement de nouvelles ressources thérapeutiques. Cependant, aucun médicament n'est encore reconnu comme étant efficace pour détruire le virus et le nombre de personnes atteintes augmente constamment.

Cette situation a des effets particulièrement désastreux sur la santé mentale et la vie sociale des gens atteints et elle ne laisse personne indifférent. En effet, les recherches en psychologie et en sociologie ont démontré que le grand public réagit d'une façon traditionnelle face à cette maladie. Les attitudes, le plus souvent observées, sont la peur (sidaphobie), la désignation d'un groupe bouc émissaire - les homosexuels (homosexualité=homophobie) et le déni de pouvoir contracter le virus (conduites sexuelles inchangées). Le fait que le sida remette en cause la sexualité et provoque la mort, semble faire ressurgir de vieux préjugés.

Dans ce contexte, notre recherche a pour objet de vérifier l'évolution dans le temps des attitudes face au sida et ce, en comparant les réponses d'un groupe d'étudiants à un questionnaire d'attitudes face au sida passé en septembre 1990, avec les données obtenues au même questionnaire par une population comparable en 1987 (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989).

Les résultats des recherches disponibles sont contradictoires, mais laissent penser que les attitudes face au sida n'évoluent pas. Ceci peut-être expliqué par le fait que les attitudes sont acquises très tôt dans la vie des gens et qu'elles se modifient plus difficilement par la suite (Penner, 1986; Pettigrew, 1989). De plus, l'histoire des maladies contagieuses témoigne de la prégnance des attitudes et de leur persistance. Il semble que lorsque la menace est grande, les attitudes négatives rencontrées au cours des siècles passés face à la contagion, resurgissent (Bourdelaïs, 1989). Et les quelques recherches sur le sujet arrivent aux mêmes conclusions: la peur peut s'atténuer et les connaissances augmenter, mais les attitudes sociales et comportementales restent le plus souvent inchangées.

Le plan du mémoire se compose de trois chapitres. Le premier, le contexte théorique, est divisé en deux grandes sections. La première, est entièrement consacrée à la maladie, le sida. Afin de mettre en évidence l'ampleur du problème, au plan social et psychologique, cette section présente la succession des événements qui ont marqué la découverte du sida, le résumé de l'état des connaissances face à la maladie et les impacts aux plans psychologique et psychopathologique. La seconde section du contexte théorique traite plus particulièrement des attitudes et de leur évolution. D'abord, une rétrospective de l'histoire des épidémies permet d'identifier certaines similitudes avec les attitudes rencontrées aujourd'hui face au sida et celles d'autrefois face aux contagions. Cette rétrospective est suivie d'une définition du concept d'attitude qui aide à saisir sa nature. Enfin, une revue concise des travaux qui ont porté sur les attitudes face au sida et leur évolution, aide à faire un tour d'horizon et permet l'élaboration des hypothèses de cette recherche qui complètent cette partie.

Le deuxième chapitre présente la description de l'expérience, elle se compose des caractéristiques de l'échantillon, d'un portrait de l'instrument utilisé et d'une présentation du déroulement de l'expérience.

Le troisième chapitre présente les méthodes d'analyse utilisées, expose les résultats obtenus en fonction des hypothèses et les interprète. Enfin, ce chapitre est suivi par les conclusions concernant l'ensemble de cette recherche.

Chapitre premier

Contexte théorique

Ce chapitre est divisé en deux sections qui précisent le contexte théorique de cette recherche. La première, le sida, retrace l'historique de l'infection au VIH, fait le bilan des connaissances disponibles et parle des répercussions psychologiques et psychopathologiques de la maladie. La deuxième section, présente le parallèle entre les attitudes face aux maladies à travers les âges et celles rencontrées aujourd'hui face au sida, donne une définition du concept d'attitude, traite de l'évolution des attitudes face au sida et expose les hypothèses de cette recherche.

1 - Le SIDA

Historique de l'infection au VIH

Les premières manifestations de la maladie furent observées aux Etats-Unis, plus exactement à Los Angeles, à la fin de l'année 1979. "Dans l'analyse rétrospective, les cas les plus anciens remontaient au printemps 1978, mais c'est seulement à partir de janvier 1981 que l'expansion de la maladie devenait sensible." (Grmek, 1989, p.37) L'augmentation du nombre de malades présentant des affections synonymes d'une déficience immunitaire a rapidement éveillé des questions chez les médecins soignants. C'est suite à l'hospitalisation de quelques-uns de ces malades, en février 1981, et à la mort subite de l'un deux en mars 1981, qu'un premier communiqué "discret" est publié (Rozenbaum et al., 1984; Grmek, 1989). Un deuxième communiqué officiel, cette fois-ci, est émis le 5 juin 1981, par le CDC (Center for Disease Control) d'Atlanta en Géorgie. Ce document décrit l'état de cinq

cas graves de pneumonie observés entre octobre 1980 et mai 1981 (CDC, 1981a). "Deux faits insolites justifiaient cette mise en garde: tous les malades étaient des hommes jeunes (29-36 ans) adonnés aux pratiques homosexuelles et on attribuait leur pneumonie à *Pneumocystis carinii*" (Grmek, 1989, p.17).

Au cours de cette même période, plusieurs autres cas présentant un tableau clinique similaire étaient recensés à New York et à San Francisco. Le rapprochement fait entre les patients de ces différents états américains (Gottlieb et al., 1981; Friedman-Kien et al., 1982) a permis de démontrer l'hypothèse de l'effondrement immunitaire dont témoignaient les affections persistantes inhabituelles que présentaient ces malades et dont la cause initiale était inconnue. Suite à ces déductions, un deuxième communiqué officiel, parlant d'une épidémie étrange, était rendu public par le CDC d'Atlanta, le 4 juillet 1981. Cette communication donnait la description des 26 cas recensés à New York et en Californie, entre 1979 à 1981 (CDC, 1981b). La veille de cette publication, un article de presse paraît dans le New York Times, révélant au grand public l'existence d'un «Cancer rare vu chez 41 homosexuels». Cet article ne suscite pas beaucoup de réactions dans la population. Par contre, les homosexuels, plus concernés, se sentent mal à l'aise face à l'association faite entre cette maladie et l'homosexualité. Ils commencent à craindre ce mal. Ce premier article représente aussi le début de l'implication de la presse; par la suite, les mass-médias deviendront un véhicule d'information important dans le développement des perceptions du grand public en ce qui a trait au sida.

Déjà le 28 août 1981, le nombre de cas enregistrés dépasse la centaine et au début de 1982 plus de 200 cas sont connus à travers 15 états américains et dans les deux pays étrangers suivants: le Danemark et Haïti (Grmek, 1989).

Ces chiffres qui ne cessent de croître ainsi que la propagation de la maladie à travers les cinq continents, stimulent les efforts vers la recherche des causes de cette maladie. Diverses hypothèses furent émises en ce qui a trait aux facteurs étiologiques pouvant être à l'origine des symptômes dont souffrent les personnes atteintes. Au début, le cytomégalovirus (virus de l'herpès II) fut soupçonné de provoquer la déficience immunitaire. Mais comme une grande majorité des homosexuels (98%) étaient porteurs de ce virus (Grmek, 1989) et que peu d'entre eux étaient souffrants, ce virus ne pouvait être à lui seul responsable. Une autre hypothèse suggérait que les effets combinés d'une infection virale, probablement le cytomégalovirus, et d'une drogue pouvant provoquer l'immunodépression chez des sujets plus exposés génétiquement, seraient à l'origine du développement d'affections opportunistes comme celles observées chez les sujets malades (Black, 1986). Cette hypothèse fut aussi rejetée, puisqu'aucune preuve ne fut trouvée en ce sens. Cependant l'hypothèse qui suggérait qu'un agent viral soit en cause a retenu l'attention puisque certains liens purent être établis entre les personnes atteintes. En effet, l'apparition de quelques cas chez des toxicomanes hétérosexuels, la découverte d'une lymphopénie importante chez certains malades, une enquête clinique d'envergure révélant des pyramides d'infection impliquant des sujets de différentes régions, même de différents pays et quelques diagnostics chez des hétérosexuels ne consommant pas de drogue, témoignaient de la validité de cette hypothèse (Rozenbaum et al., 1984).

Grâce aux observations cliniques, certains recoupements ont permis d'inférer que la maladie reconnue comme pouvant se transmettre par voie sexuelle, se transmettait probablement aussi par voie sanguine. L'appartenance des malades à des groupes "marginiaux" [homosexuels, prostitué(e)s etc.] et les pyramides d'infection, parlaient en faveur de la transmission par voie sexuelle, mais les preuves manquaient encore en ce qui avait trait au vecteur sanguin. L'apparition de la maladie chez quelques hémophiles, à la fin de l'année 1982, a permis de découvrir qu'il s'agissait bien d'un agent infectieux de nature virale à transmission sexuelle et sanguine (Francis et al., 1983).

Malgré le fait que les personnes atteintes appartenaient, de plus en plus, à différents groupes, et non plus seulement à la communauté "homosexuelle", cette maladie continuait d'être dénommée de façon ségrégative («gay pneumonie», «gay cancer», etc.). L'été 1982, les autorités décident donc d'un sigle général pour désigner la maladie: A.I.D.S. pour "Acquired Immunodeficiency Syndrome", en anglais et S.I.D.A. pour Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisée, en français.

Dès lors, les recherches pour découvrir l'agent responsable s'intensifièrent, mais ce n'est qu'en mai 1983 que le Pr Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur font la première description du virus du sida (LAV). Un an plus tard, en mai 1984, ces travaux sont confirmés par le Pr Robert Gallo et son équipe aux Etats-Unis, qui isolent le virus en question nommé par eux HTLV3. Une polémique éclate entre l'équipe française et l'équipe américaine qui se disputent la priorité de cette découverte puisqu'après analyse leurs virus s'avèrent identiques. Finalement, un accord est signé entre les deux parties pour le partage des découvertes et de leurs

utilisations subséquentes. Par la suite, un sigle international est adopté pour désigner le virus: HIV pour Human Immunodeficiency Virus (Grmek, 1989).

Même si le virus était identifié et que ses modes de transmission étaient mieux connus, rien n'était résolu, puisque le monde médical ne disposait encore d'aucun outil pour dépister sa présence dans le sang et d'aucun médicament efficace pour contrer ses effets dévastateurs sur le système immunitaire des sujets atteints. C'est au cours de l'année 1985, que des tests de dépistage sérologique sont mis au point pour le criblage systématique du sang destiné à la transfusion et à la fabrication de produits sanguins. Dès 1986 le pourcentage de séroconversion après transfusion fut réduit à 1/30,000 (Montagnier et al., 1989).

En 1987, une autre souche du virus est identifiée (VIH II), par l'équipe de l'Institut Pasteur. La découverte de ce deuxième agent viral rend le dépistage sanguin encore plus ardu et nécessite des ajustements sur les tests de criblage. "Le test ELISA adapté à la détection des anticorps anti-HIV-2 a été mis au point et commercialisé à la fin de l'année 1986" (Grmek, 1989, p.142).

C'est à la fin de la même année que certains résultats cliniques démontrent la prolongation de la survie des malades atteints de sida par un antiviral, l'AZT (azidothymidine), médicament chimique utilisé pour le traitement des personnes souffrant d'affections opportunistes ou autres à protozoaires.

Jusqu'à maintenant l'origine de la maladie et de ses agents viraux sont inconnus. Plusieurs hypothèses sont émises quant au lieu de provenance du virus. L'une d'elles propose qu'il soit originaire d'Afrique d'où il serait sorti grâce au marché touristique et à la facilité avec laquelle les gens peuvent maintenant se

déplacer d'un continent à l'autre. Au départ, certaines familles de singes présentes sur le continent africain, furent soupçonnées d'avoir transmis le germe à l'homme, chez qui il serait devenu plus virulent. Une autre hypothèse suggère que le virus, qui prévaut en ce moment à travers le monde (HIV-I), serait originaire des Etats-Unis, lieu où il est apparu dès le début.

Toutes ces conjectures tendent à expliquer comment le virus est né et où, mais aucune n'a encore été retenue, puisque trop de choses restent encore obscures en ce qui concerne la genèse du virus.

Par contre, dès 1988, l'analyse épidémiologique faite par l'OMS a permis de distinguer quatre schémas de prévalence pour le VIH/SIDA à travers le monde. Le schéma I, identifie les régions où 90% des individus atteints sont des hommes homosexuels ou toxicomanes par voie intraveineuse (Amérique du Nord, Europe occidentale, Australie et Nouvelle Zélande). Le schéma II, représente les pays où le mode de transmission est principalement hétérosexuel, avec presque autant de femmes et d'hommes contaminés (Afrique au sud du Sahara et une partie des Caraïbes). Le schéma III représente les régions où peu de cas ont été déclarés (Europe orientale, Afrique du Nord, Proche et Moyen-Orient, en Asie et dans le Pacifique, excepté en Australie et Nouvelle Zélande). Le schéma I/II, représente l'Amérique latine, où le pourcentage de cas se partage entre ces deux modèles de propagation (Chin et al., 1990). Ces différents schémas ne tiennent compte que des cas avérés du sida. Ils n'incluent pas les séropositifs et ceux qui présentent certains symptômes précurseurs, et dont le diagnostic comme sidéens n'a pas encore été déclaré à l'OMS.

Ce plan épidémiologique représente donc seulement une estimation de la situation mondiale face à la pandémie du sida. Sans être pessimiste, cette expertise nous informe, cependant, de l'expansion de la maladie à travers les cinq continents et laisse envisager l'augmentation du nombre des cas, malgré toutes les stratégies employées pour minimiser la propagation du virus.

En effet, l'intervalle médian estimé entre l'infection et l'apparition du SIDA est très long (10 ans environ). Ainsi, la majorité des nouveaux cas de SIDA survenant au cours des quatre à cinq prochaines années frapperont des sujets infectés par le VIH avant 1989 (Chin et al., 1990, p.152).

Il importe donc, d'acquérir de plus amples connaissances concernant cette maladie pour en saisir toutes les implications tant psychologiques que sociales. Ceci dans le but d'être aptes à faire face aux conséquences futures que cette maladie aura sur notre vie professionnelle ou personnelle.

Bilan des connaissances

Comme déjà mentionné, le SIDA est une maladie du système immunitaire induite par un virus nommé VIH (Virus d'Immuno-déficience Humaine). Le nom de la maladie est l'abréviation de : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise. Syndrome pour les différents symptômes réunis pouvant se manifester lorsqu'une personne est porteuse du virus et qu'elle développe cette maladie dite infectieuse. Immuno-déficience, parce que le système immunitaire du malade n'arrive plus à répondre aux attaques microbiennes et, acquise, parce que la maladie n'est pas héréditaire (Montagnier, 1989). Il importe de souligner que le nom de la maladie ne reflète plus avec exactitude son étiologie, puisque les recherches ont permis de découvrir qu'il

s'agissait d'une maladie infectieuse et non pas d'un syndrome (Grmek, 1989). Mais le nom a été conservé étant donné qu'il était déjà très répandu et connu sous ce sigle.

Le virus VIH appartient à la famille des rétrovirus, plus exactement à la catégorie des lentivirus dont la principale action est la destruction de cellules. Jusqu'à maintenant, deux souches du virus, pouvant provoquer la maladie, ont été identifiées, (VIH I, VIH II). Elles agissent toutes deux de la même façon, en s'introduisant dans certaines cellules du système immunitaire, en particulier les lymphocytes et les macrophages. Une fois à l'intérieur du programme génétique de la cellule dite hôte, deux scénarios sont possibles. Soit que le virus s'endorme, ne provoquant aucun symptôme chez l'individu porteur, ou qu'il devienne actif, profitant des cellules infectées pour se multiplier au moment des stimulations antigéniques (stimulations du système immunitaire qui entraînent la formation d'anticorps) subies par l'organisme. Toutefois, dans les deux cas, le virus peut être transmis (Henrion, 1988).

Il existe trois voies de transmission: par contact sexuel, par voie sanguine et par transmission de la mère à son enfant. La voie sexuelle est la plus répandue, elle est à l'origine de 80% des cas diagnostiqués jusqu'à maintenant (Montagnier et al., 1989). Ses vecteurs sont: le sperme, les sécrétions vaginales et le sang. Ces liquides organiques peuvent contenir des lymphocytes infectés pouvant être transmis d'un individu à un autre lors de relations hétérosexuelles, homosexuelles ou bisexuelles. Ces modes de transmission présentent encore plus de danger lorsqu'il y a présence d'une irritation, de fissures ou d'une maladie sexuellement transmissible au niveau des organes impliqués. En effet, la condition des muqueuses, qu'elles soient rectales, vaginales ou buccales est déterminante, puisque dans le cas d'une

infection, le système immunitaire déjà sollicité peut faciliter la contamination. Toutefois, il importe de préciser que le virus du sida est fragile. Il meurt rapidement à l'air libre, il peut être détruit efficacement par des désinfectants d'usage courant (alcool, eau de javel, etc.) et il a besoin d'une cellule hôte pour survivre. Sa présence dans la salive, la sueur et les larmes n'est pas assez concentrée pour provoquer la maladie (Gariépy et Bertrand, 1989).

Même si le sang transmet moins souvent l'infection, il est un vecteur de premier ordre, parce qu'il véhicule les cellules de protection du système immunitaire jusqu'aux points d'infections, réunissant ainsi les conditions idéales pour la transmission. Ce mode de propagation peut se produire lors de transfusions sanguines, de perfusions de différentes formules sanguines (ex: hémophilie, transplantation d'organe, etc.), par voie intraveineuse (échange de seringues souillées lors d'une injection de drogue) ou lors d'une piqûre, d'une coupure avec un instrument ayant servi à un porteur du virus (et notamment, pour le personnel médical).

En ce qui concerne la transfusion sanguine ou la réception de dérivés sanguins, il n'y a plus de risque de contracter le Sida. Depuis novembre 1985, il existe des techniques efficaces de vérification systématique pour tous les dons de sang. De plus, chaque fois qu'une personne donne de son sang, une nouvelle aiguille stérilisée est utilisée. Donc, aucun risque dans une institution spécialisée (au Canada, elles le sont toutes). (Gariépy et Bertrand, 1989, p.13).

Par contre, Olivier et Thomas (1989), mentionnent que la contamination peut être "encore possible durant la période d'éclipse sérologique". "La séroconversion (apparition des anticorps au VIH) se fera de trois semaines à trois mois (rarement jusqu'à un an) après le début des symptômes ou encore après

l'exposition au VIH s'il n'y a pas eu de symptôme." (Olivier et Thomas, 1989, p.28). Donc, la détection des anticorps dans le sang n'est souvent possible que quelques semaines après le contact avec le virus.

De plus, un grand pourcentage de contaminations s'observe lors des grossesses. En effet, selon Henrion (1988) les mères séropositives transmettent le virus à leur enfant dans 40 à 50% des cas. Le moment exact où a lieu la transmission du virus HIV au fœtus est inconnu. Elle peut avoir lieu avant la naissance par voie placentaire, au moment de l'accouchement, ou très exceptionnellement après la naissance lors de l'allaitement. En général, le nouveau-né ne présente pas de malformation à la naissance. Il est d'un poids normal et ne souffre d'aucun symptôme de la maladie. Chez l'enfant, les symptômes apparaissent souvent entre le quatrième et le sixième mois. Par la suite, ils évoluent beaucoup plus rapidement que chez l'adulte (Blanche et Griscelli, 1987).

La prédominance de certains groupes à risque varie selon les régions. Il ressort des statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des Centres de contrôle des maladies (CDC) datées du 1er septembre 1990 - moment de l'expérimentation de cette recherche - que les homosexuels mâles, les bisexuels, les toxicomanes par voie veineuse et les personnes provenant des régions endémiques (Afrique centrale et Haïti), sont celles les plus touchées par la maladie (AIDS, 1990). Malgré ces chiffres, la maladie se propage sans discrimination, puisqu'une augmentation est observée chez les groupes dits à moins grand risque (hétérosexuels, femmes et enfants).

Il importe de mentionner que l'observation clinique des personnes affectées a permis d'identifier quatre degrés de la maladie. La primo-infection qui se caractérise par un syndrome mononucléosique (fatigue, perte d'appétit) souvent passager. Les formes mineures de l'infection qui regroupent diverses manifestations non spécifiques, comme une adénopathie (diverses affections des ganglions lymphatiques) prolongée ou d'autres infections mineures synonymes d'un déficit immunitaire modéré non spécifique. Les syndromes apparentés au SIDA qui sont définis sous le terme d'A.R.C. (A.I.D.S. Related Complex) et qui se manifestent par l'association des divers symptômes reconnus dans le tableau clinique du sida, mais dont le développement n'est pas encore assez spécifique. Et finalement le SIDA qui est la forme la plus tardive de l'infection caractérisée par des manifestations infectieuses ou tumorales multiples et sévères (Rozenbaum, 1987).

Trois catégories distinctes de symptômes doivent être présents pour le dépistage de la maladie: les signes cliniques propres à une infection "opportuniste", les signes cliniques des cancers (Kaposi et lymphomes) et les symptômes généraux non spécifiques (Bernex, 1985). Parmi les signes cliniques pouvant répondre à la fois à l'une ou l'autre de ces trois catégories, les symptômes suivants ont été identifiés: inflammation des ganglions (syndrome lymphadénopathique), fièvre et sueurs nocturnes (hyperthermie), fatigue générale, amaigrissement supérieur à 10% du poids total, diarrhée persistante, éruptions cutanées banales, démangeaisons, tendance hémorragique, toux et essoufflement, maux de tête, confusion et complications neurologiques. "Les recherches physiopathogéniques récentes confirment le neurotropisme du virus H.I.V. dont le rôle pathogène reste à déterminer." (Nollet, 1987, p.161). Ces différentes affections peuvent être

intermittentes ou persistantes et évoluer d'une façon progressive ou rapide. Elles apparaissent dans la plupart des cas de trois à six mois avant le diagnostic de la maladie (Montagnier et al., 1989).

En plus des symptômes énumérés, ce syndrome se complique souvent par des infections de nature virale, parasitaire ou fongique et peuvent aller jusqu'à certaines formes de cancer rare. La plus fréquente de ces affections est la pneumocystose, "Affection parasitaire à tropisme pulmonaire, d'évolution très grave, qui survient essentiellement chez les sujets traités par immunosuppresseurs ou présentant de graves déficits immunitaires, en particulier le SIDA..." (Dictionnaire de médecine, 1989, p.650). Vient ensuite le Sarcome de Kaposi qui se caractérise par la prolifération de tumeurs vasculaires au niveau des tissus conjonctifs qui sont soit bénignes ou malignes (Ziegler, 1990). Il arrive même qu'un certain pourcentage des malades présentent les deux affections à la fois et une autre proportion des malades développent une autre infection opportuniste. "Une bactérie ou un champignon est dit opportuniste quand il profite d'un affaiblissement des défenses de l'organisme (immuno-déficience) pour se développer, se multiplier et devenir pathogène." (Bernex, 1985, p.96).

Tous ces symptômes peuvent à la fois révéler la présence de la maladie ou être causés par d'autres problèmes de santé. C'est pourquoi il importe d'effectuer des tests en laboratoire plus approfondis pour écarter tout doute dans le diagnostic. Pour ce faire, un processus de détection d'anticorps est utilisé. On appelle ce procédé: la sérologie. Si la présence d'anticorps, appelés anti-HIV, est décelée dans le sérum de la personne testée, elle sera séropositive; sinon elle sera séronégative. De deux à huit semaines après son exposition au virus, la personne dite séropositive

présentera une "infection aigüe asymptomatique dans 80% des cas et symptomatique dans 20% des cas" (Olivier et Thomas, 1989, p.39).

Il existe quatre techniques de dépistage du virus à partir de produits sanguins. Le test le plus souvent utilisé, en première analyse, est le test ELISA dont la fiabilité se situe autour de 98%, dans le cas du virus VIH-I, mais seulement de 60% pour le virus VIH-II (Grmek, 1989). Lorsque le test est positif, un autre test, dit de confirmation, mais cette fois plus complexe, sera effectué afin d'éviter de donner un faux résultat au malade. Ces tests de confirmation sont: le Western-Blot, le RIPA (Radio Immunoprecipitation Assay) et la méthode d'immunofluorescence. Le plus efficace est le RIPA, mais il ne peut être utilisé pour chaque test positif, parce que les produits radioactifs qu'il nécessite rendent son utilisation difficile; il est aussi très onéreux (Barré-Sinoussi et al., 1987).

Certains de ces tests (le test ELISA et le Western Blot), malgré leur grande utilité, ne sont pas encore suffisamment efficaces pour détecter avec certitude la présence du virus sans probabilité d'erreur (Tintinger et Simkins, 1989). Par contre, ils sont les seuls outils présentement disponibles pour dépister la maladie et aider à la prévention. En effet, lorsque l'individu est au courant qu'il est porteur du virus, il peut modifier ses comportements de façon à éviter de contaminer les gens qu'il côtoie (diminution du nombre de partenaires sexuels, évitement de grossesse, aucun don de sang, etc.).

Pour améliorer la performance de ces tests, de plus en plus de recherches en laboratoire sont mises sur pied. L'objectif prédominant de ces travaux est de parvenir à détecter la présence de l'antigène, qui apparaît avant les anticorps dans la

formule sanguine (Montagnier et al., 1989). Cela permettrait de faire un diagnostic plus précis et plus rapide. Malheureusement, la variabilité des souches du virus, fait qu'il est très complexe d'élaborer un test plus performant et rend la découverte d'un vaccin efficace encore plus difficile (Olivier et Thomas, 1989).

Les ressources thérapeutiques actuellement disponibles sont plutôt restreintes et constituent surtout des mesures palliatives plutôt que curatives. Entre autres, il existe différents antibiotiques et médicaments chimiques assez efficaces contre les infections opportunistes, les infections virales, les parasites et les microbes. Par contre, aucun médicament n'a encore permis de lutter contre la déficience du système immunitaire ou de détruire le virus au sein de la cellule. Les antiviraux utilisés ne servent qu'à diminuer la propagation du virus. Comme déjà mentionné, les produits les plus prometteurs actuellement sont l'AZT (azidothymidine) et la didanosine (DDI) dont l'action amoindrit la recrudescence des affections et leur sévérité. Ils sont aussi efficaces dans le cas de complications neurologiques. Malheureusement ils sont très toxiques et ils entraînent des effets secondaires chez les malades. L'AZT abîme les cellules de la moelle osseuse qui produisent les globules rouges et à long terme il semble perdre ses propriétés curatives (Grmek, 1989). La DDI, utilisée pour les patients qui présentent une intolérance à l'AZT, peut elle aussi, provoquer des effets secondaires. Les plus fréquents sont la pancréatite ou des neuropathies périphériques (Bristol-Myers, 1991).

D'autres substances chimiques et radioactives sont en ce moment à l'étude, mais aucune n'a encore donné de résultats significatifs. Enfin, les autres avenues explorées ont pour but d'identifier un moyen de développer un vaccin, ou d'utiliser des anticorps pour neutraliser le virus (Plata et Wain-Hobson, 1987). En attendant

des résultats concrets, le seul moyen efficace de réagir face à l'expansion de la maladie est la prévention. En effet, la connaissance de la maladie permet de poser des gestes préventifs, autant au plan communautaire (campagne d'information et d'éducation), qu'au plan individuel par le changement de certains comportements et habitudes. Par exemple, éviter l'utilisation de seringues non stérilisées, utiliser un nouveau condom (en latex et lubrifié) lors de chaque nouvelle pénétration, réduire le nombre de partenaires inconnus et faire preuve d'hygiène pour maintenir le système immunitaire en bonne santé.

Les efforts déployés pour sensibiliser la population à cette "nouvelle" maladie, rencontrent des préjugés qui rendent l'éducation de la population très difficile. De plus, l'utilisation de mesures préventives semble peu fréquente malgré la menace réelle. Cette question fera d'ailleurs l'objet d'un autre volet à l'intérieur de ce chapitre.

Les statistiques obtenues par les autorités, en matière de surveillance médicale, permettent de saisir l'ampleur du problème et par le fait même de se faire une idée de l'ensemble de ses implications psycho-sociologiques.

La situation mondiale et régionale en matière de prévalence est en constante augmentation; les chiffres de l'OMS en date du 1er janvier 1992, nous informent que 180 pays ont signalé un total cumulatif de 430 677 cas de sida. La distribution par continent est la suivante: Afrique: 120 547 cas pour 53 pays, Amériques: 249 097 cas pour 45 pays; Asie: 1 196 cas pour 38 pays, Europe: 56 400 cas pour 29 pays et Océanie: 3 437 cas pour 17 pays." (OMS, Bulletins épidémiologiques en date du 1er janvier 1992).

Ces chiffres ne représentent pas avec exactitude le réel taux de prévalence, puisque ce ne sont pas tous les pays qui possèdent le matériel et le personnel médical nécessaire au dénombrement des cas de sida.

Dans bien des régions, la notification des cas de SIDA est très incomplète ou alors ne remonte qu'à 1986-1987. En outre, il arrive fréquemment que les données détaillées permettant de quantifier les variables de la transmission du VIH soient rares, voire inexistantes (Chin et al., 1990, p.144).

Pour le Canada, au 1er janvier 1992, 5 647 cas étaient dénombrés (OMS, 1992), comparativement à 1 983 cas en septembre 1988 (Olivier et Thomas, 1989). Ces chiffres représentent une augmentation de 3 664 cas, presque trois fois plus en l'espace de trois ans et demi. Pour le Québec, 1 729 cas sont enregistrés en date du 1er janvier 1992 et 679 cas l'étaient en date du mois de décembre 1987 (Remis, 1990: Surveillance des cas du SIDA Québec). Ce qui veut dire que le nombre a plus que doublé en quatre ans, plaçant la province de Québec au second rang concernant le taux de prévalence du sida à travers le pays. Ces statistiques illustrant la constante augmentation des gens atteints, montrent que les problèmes de santé causés par cette pandémie nécessitent un déploiement d'alternatives aux plans social et médical. Ceci, dans le but de trouver des solutions nouvelles qui permettraient de ralentir l'expansion de la maladie et d'améliorer les conditions de vie des malades.

Il est probable que dans les années à venir les psychologues auront de plus en plus à assister les gens dans leur façon de s'adapter à ce problème (Nichols et Ostrow, 1984). C'est pourquoi il importe, en tant qu'intervenant en psychologie, de connaître les répercussions que peut avoir le sida sur la santé psychique des gens

atteints, leur entourage, et ce, aussi bien pour une clientèle ayant une histoire psychiatrique que dans la population en général.

Impacts de la maladie aux plans psychologique et psychopathologique

Les impacts du sida aux plans psychologique et psychopathologique sont nombreux. Le rôle de la psychologie et des psychologues est considérable, que ce soit en terme d'éducation ou d'intervention auprès des gens touchés de près ou de loin par les répercussions de cette maladie.

Au plan clinique, l'approche privilégiée est la prévention. Dans cet optique, l'une des tâches du psychologue est d'agir à titre d'éducateur, en communiquant l'information concernant la maladie et les moyens de protection disponibles, à travers ses activités professionnelles. Toutefois, comme le mentionne Ionescu (1989), l'action préventive, qui passe par l'éducation en terme de santé, n'est pas suffisante pour entraîner des changements de comportement. À cet effet, il importe de développer des stratégies qui seront, d'une part, éducatives et qui viseront, d'autre part, le changement des comportements à risque. Le but visé est de renseigner les gens de façon à augmenter la prise en charge individuelle et collective visant à diminuer les risques de contracter ou de transmettre le virus

Toutefois, comme certains moyens de protection (condom, sécurisexe, etc.) ne sont pas parfaitement efficaces, il importe d'éviter les messages induisant la peur pour ne pas provoquer des réactions d'évitement défensif (Rogers et Mewborn, 1976). Cette théorie qui est née avant l'apparition du sida semble être appuyée par les observations de Gariépy et Bertrand (1989). En effet, ces auteurs mentionnent

que la peur du sida peut amener des comportements d'isolement et renforcer la tendance à exclure les minorités.

Dans ce contexte, il devient important, d'éduquer et de sensibiliser la population en général aux multiples facettes du sida; de façon à favoriser la diminution des réactions de peur, d'amener un questionnement au plan moral et de conscientiser les gens à la réalité douloureuse vécue par les personnes atteintes.

En ce sens, les campagnes de prévention qui se sont d'abord intéressées à la communauté homosexuelle/bisexuelle, ensuite aux toxicomanes, aux adolescents et aux minorités ethniques (Ionescu 1989) ont permis l'élaboration de recommandations spécifiques à chacun de ces groupes et par le fait même ont facilité l'intervention. En effet, la diffusion de ces recommandations a pris plusieurs formes, par exemple: la distribution de brochures, l'élaboration de bandes vidéo, la présentation de conférences etc. De plus, ces programmes de prévention permettent de mieux rejoindre l'ensemble de la population où l'on retrouve des réactions de peur et même de panique.

En effet, quelques recherches traitant des psychopathologies engendrées chez des patients par la peur du sida, mentionnent l'apparition, dans le monde clinique, de personnes présentant des patrons regroupés sous les appellations suivantes: "AIDS'Panic" , "Aids Phobia" ou "Pseudo-Sida". Malgré les résultats négatifs des tests sérologiques qu'ils ont passés, il semble que ces patients persistent à croire qu'ils sont porteurs de la maladie. Ils présentent généralement une histoire soit psychiatrique (de nature obsessionnelle-compulsive, dépressive, schizophrénique, anxieuse ou phobique), soit beaucoup de culpabilité face à une conduite sexuelle

souvent isolée ou encore, réagissent fortement après une campagne d'information diffusée par les médias, concernant le sida (Freed, 1983; Miller et al., 1985; Lipkin, 1985; Jacob et al., 1987; Windgassen et Soni, 1987; Jäger, 1988a).

Ces différentes appellations pour désigner des manifestations psychopathologiques reliées à la peur démesurée ou invalidante de contracter le sida ont fait l'objet de diverses critiques parmi les auteurs qui s'y sont intéressé (Ionescu, 1989). Entre autres, Lipkin (1985), souligne le danger de minimiser les symptômes dont souffre le malade, sous l'appellation du: "syndrome de pseudo-sida" décrit par Miller et al. (1985). À son avis, cela pourrait avoir pour conséquence de retarder le diagnostic précoce de la maladie. Par contre, O'Brien (1987), accorde plus d'importance au fait que la peur a des répercussions tout aussi importantes dans la collectivité que dans le domaine de la psychopathologie.

Certaines études de cas illustrent bien à quel point la peur du sida peut devenir envahissante et perturber la vie d'un individu. Dans ce contexte, Jäger (1988b) rapporte le cas d'un ingénieur hétérosexuel de 36 ans, marié, père d'un enfant, vivant dans une petite ville. Cet homme, Richard M., apprend par le biais de la presse, après une expérience sexuelle avec une prostituée, que cette dernière peut lui avoir transmis le virus du sida. Depuis, le patient a subi dix tests de dépistage qui se sont tous avérés négatifs. Chaque fois, les résultats le calment pour 2 ou 3 jours, mais après l'anxiété réapparaît. Il n'a plus aucun contact avec sa femme et sa fille de peur de les infecter. Il s'isole et surveille continuellement sa condition physique (température, éruption cutanée, etc.). Cet exemple illustre comment les troubles névrotiques peuvent se manifester à cause de la peur d'être devenu contagieux.

De plus, dans son étude clinique Jäger (1988a) fait une distinction entre les manifestations phobiques présentées par les femmes et celles rencontrées chez les hommes. Selon ses observations, les femmes qui développent une "phobie du sida", ont une histoire psychiatrique soit de nature dépressive, compulsive ou hypochondriaque. Tandis que chez l'homme, c'est souvent une grande culpabilité en regard d'un contact sexuel défendu (adultère avec une prostituée, homosexualité, etc.) qui amène la recrudescence d'idées obsessionnelles face à la contagion. Souvent la sidaphobie est comme une forme de punition (Jäger, 1988b). Toutefois, il importe de mentionner que les sujets souffrant d'une peur démesurée face au sida (Aids-Phobia), présentent des problèmes psychologiques de nature anxieuse et une personnalité névrotique (Jacob et al., 1987). Veyrat (1987) et Jäger (1988a), rappellent que les peurs phobiques ou hypochondriaques ont souvent tendance à suivre la prédominance de l'actualité d'une maladie en particulier. Ce fut longtemps le cas pour les cancers et avant eux pour la syphilis. Par contre, chez les sujets psychotiques, les manifestations cliniques semblent le plus souvent être des ruminations de nature somatique et paranoïaque (Frierson, 1990).

A titre d'exemple, Veyrat (1987), rapporte le cas d'un homme M.B... Boualem, de 42 ans, ayant reçu un diagnostic négatif. Cet homme consulte pour des problèmes psycho-somatiques de type de polyalgie et d'asthénie, avec hypocondrisation progressive. Monsieur B. dit prendre "30 cachets par jour!" et avoir la conviction d'avoir "quelque chose de très grave". Au départ, il aborde un discours hypochondriaque priant les intervenants de le débarrasser de sa partie malade. Par la suite, ces propos où "le processus d'exclusion et de dénégation

projective sont évident", sont remplacés par un discours paranoïaque où sa femme devient la responsable pour ensuite englober le monde extérieur.

Comme le souligne l'auteur (Veyrat, 1987), les patients paranoïaques ne craignent pas la maladie en terme d'infection, ou comme synonyme de mort, mais plutôt comme un dévoilement de leurs tendances homosexuelles latentes.

En accord avec ceci, les auteurs s'entendent pour dire que c'est la personnalité pré-existante du sujet qui détermine ses réactions lors de l'annonce du diagnostic (Bénézech et al., 1988; Pommier et al., 1988; Raymondet et al., 1988; Jourdan-Ionescu et de la Robertie, 1989). Certains d'entre eux (Pommier et al., 1988; Jourdan-Ionescu et de la Robertie, 1989), attirent notre attention sur le fait que des réactions d'anxiété peuvent être présentes chez le sujet avant même qu'il ait eu les résultats des examens sérologiques. De ce fait, ils mentionnent l'importance d'un support professionnel pour aider l'individu à faire face aux résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Cependant, plusieurs auteurs (Goldmeier, 1987; Bénézech et al., 1988; Favre et al., 1988; Pommier et al., 1988) font une différence entre les réactions au diagnostic chez les sujets séropositifs et ceux qui présentent un degré plus avancé de la maladie (ARC, Sida). Selon leurs observations, les personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité réagissent souvent par une symptomatologie anxiodépressive qui s'atténue avec le temps (Benichou et al., 1988). Tandis que l'état anxio-dépressif est plus fréquemment majeur chez les sujets qui présentent un degré plus avancé de la maladie. Toutefois, Pommier et al. (1988), insistent sur le

fait que toutes ces manifestations traduisent un désarroi profond face au pronostic défavorable.

Les réactions psychologiques à un diagnostic positif peuvent aussi être amplifiées par divers facteurs associés au sida. Entre autres, les liens de cette maladie avec des conduites souvent vues comme marginales (toxicomanie, prostitution, homosexualité, etc.) et avec les comportements sexuels en général, l'incertitude dans son déroulement (incubation indéterminée, tableau clinique souvent différent d'un malade à l'autre), son incurabilité et son expansion dans une tranche de population plutôt jeune, contribuent aux manifestations d'un sentiment d'isolement chez les personnes atteintes (Bénézech et al., 1988). Les affects d'angoisse, de culpabilité, de dépression, de colère et de déni que présentent fréquemment les gens atteints, sont aussi accrus par l'anticipation d'un rejet de la part du réseau social, ainsi que par la peur de perdre leur autonomie et par la crainte d'une détérioration de leur image corporelle (Hans, 1988).

Certaines personnes répondent positivement (elles font preuve d'optimisme en prenant leur santé en main), tandis que les autres réagissent avec agressivité (Pommier et al., 1988). Cette agressivité se manifeste par des comportements d'autodestruction ou d'hétéro-agressivité (Jourdan-Ionescu et de la Robertie, 1989). L'anticipation de certaines modifications au niveau de l'image de soi, provoque des comportements d'autodestruction (tentative de suicide, autodestruction sociale, relationnelle ou physique) ou des conduites d'évitement menant à l'isolement social (Raymondet et al., 1988; Jourdan-Ionescu et de la Robertie 1989). "Certains sujets vont ainsi tomber dans un état anxio-dépressif grave, avec sidération psychique, inhibition, retrait relationnel et repli narcissique,

s'infligeant par isolement progressif un véritable «suicide à petit feu» (Pommier et al., 1988, p.675). D'autres vont reprendre leurs comportements à risque (toxicomanie, errances sexuelles, etc.) pour lutter contre leur anxiété et la dépression (Raymondet et al., 1988).

Le choc émotionnel est amplifié, lorsque l'individu se sent coupable de son état et qu'il s'en attribue toute la responsabilité (Degiovanni et al., 1988). La capacité d'adaptation, c'est-à-dire les aptitudes nécessaires pour faire face au stress engendré par l'annonce du diagnostic, auquel est rattaché un pronostic fatal, est déterminante pour la santé mentale du sujet.

En fait, comme le mentionne Ionescu (1989), c'est la capacité d'adaptation de l'individu au plan cognitif qui lui permet de rétablir ou non son équilibre psychologique, plus ou moins rapidement. À cet effet, l'auteur mentionne deux théories reconnues: la théorie de la crise qui se définit par le laps de temps que l'individu met à opérer des changements pour reprendre la maîtrise de la situation après le choc; la théorie de l'attribution qui est la recherche de la cause pour s'en attribuer la responsabilité ou l'imputer à des facteurs extérieurs (autrui, hasard, environnement, etc.). Cette deuxième théorie implique la compréhension de la situation et de son origine, dans le sens qu'elle contribue à diminuer le stress provoqué par l'événement et aide l'individu à mieux y faire face. Cela vient renforcer les dires de Goldmeier (1987), qui mentionne que c'est la perception de l'individu lui-même qui détermine l'impact au plan psychosocial.

Favre et al., (1988) soulignent que certains facteurs extérieurs appartenant à la vie sociale du sujet peuvent aussi affecter son équilibre psychique. Entre autres,

l'isolement causé par des coupures aux plans professionnel ou personnel (congédiement, rejet du conjoint, etc.) en rapport avec son nouvel état de santé, la peur de la mort et la peur de transmettre la maladie à autrui ou d'être réinfecté. Ces auteurs insistent sur la sévérité des réactions psychosomatiques des sujets atteints; leur recueil bibliographique fait état de différences importantes entre divers groupes de personnes atteintes. Il y est mentionné que les toxicomanes ont des réactions fatalistes et que les homosexuels d'abord agressifs, ont tendance à devenir hypocondriaques pour finalement se résigner dans une attitude dépressive.

En ce qui a trait aux sidéens, un grand nombre de travaux portent sur les atteintes neurologiques causées par les affections cérébrales fréquentes au cours du sida (Nurnberg et al., 1984; Gheysen, 1987; Gray et Gherardi, 1987; Nollet, 1987; Rozenbaum, 1987). Les porteurs du syndrome passant d'abord par un déni du diagnostic, ont ensuite des attitudes de colère et de frustration qui évoluent sous forme de symptômes anxieux découlant de la peur de voir d'autres affections physiques se déclarer; celles-ci pouvant être synonymes d'une progression de la maladie (Favre et al., 1988).

Donc, au plan psychopathologique les manifestations les plus fréquemment rencontrées, chez les personnes atteintes, sont celles se rapportant à des symptômes dépressifs et à des troubles de type psychotique. Ces derniers sont, par contre, très difficiles à identifier avec certitude parce que la nature neurotropicque du sida peut amener une confusion quant au diagnostic (Ionescu, 1989; Sizaret et al., 1988). En fait, comme le souligne Blonbel et al., (1988) 30 à 40 % des patients sidéens développent une complication cérébrale et dans 5 à 10 % de ces cas, cette atteinte du système nerveux central est le premier signe de l'infection au VIH. Ces difficultés

dans l'exactitude du diagnostic doivent donc être prise en considération pour éviter de traiter ces complications d'ordre physiologique de troubles psychiques.

Malgré le déploiement des recherches dans ce domaine, beaucoup de connaissances restent encore inconnues et l'incurabilité du sida entraîne des réactions où la peur a un rôle considérable. Il importe donc, de rappeler que le public est concerné par le phénomène du sida et que malheureusement les réactions observées sont souvent négatives. Une rétrospective de l'histoire des maladies contagieuses rencontrées à travers les siècles peut contribuer à identifier des phénomènes de masse et permettre de comprendre les attitudes que le sida provoque aujourd'hui.

2-Attitudes et évolution

Attitudes face aux maladies à travers les âges

Au cours des siècles, l'homme a connu différentes épidémies et maladies infectieuses qui ont parfois dévasté des villes entières (Delumeau et Lequin, 1987). Les plus marquantes furent : les épidémies de peste et de choléra, les ravages de la tuberculose et de la syphilis comme maladies infectieuses et, plus près de nous, l'expansion du sida.

Ces maladies présentent des différences épidémiologiques. En effet, la peste et le choléra se différencient du sida par leur nature violente et leur caractère épidémique. Capables de détruire des villes presque entièrement, en un laps de temps très court, elles disparaissaient pour ressurgir quelques décennies plus tard (Ruffié et Sournia, 1984). De plus, les vecteurs de contagion de la peste sont

d'origine animale (rongeurs et puces), tandis que pour le choléra, il s'agit de germes présents dans l'eau et la nourriture (Bourdelaïs et Raulot, 1987). Par contre, la tuberculose et la syphilis sont des maladies de nature contagieuse à caractère endémique, tout comme le sida. Le développement silencieux de la tuberculose à l'intérieur de l'organisme et le fait qu'elle provoque fréquemment la mort du malade rendent sa comparaison avec le sida plus plausible, même si sa fréquence lors des épidémies était plus élevée. Finalement, c'est sans doute la syphilis qui se rapproche le plus du sida, puisque son mode de contamination principal est comme pour le sida, par contact sexuel. Bien sûr, tout comme les autres maladies mentionnées précédemment, elle entraînait beaucoup plus de mortalité et soulevait autant, sinon plus, de préjugés (Bourdelaïs, 1989).

Malgré ces disparités, l'observation des réactions humaines face au sida et aux épidémies passées (Ruffié et Sournia 1984), fait ressortir des similitudes comportementales. Elles témoignent du peu de changement des attitudes humaines face aux fléaux synonymes de mort, c'est-à-dire : " la peur, le repli sur soi, la fuite, le rejet de l'autre et, bien souvent, la désignation de groupes boucs émissaires. " (Bourdelaïs, 1989). Dans le cas des épidémies de peste, les gens fuyaient ou se protégeaient en cherchant à s'isoler, refusant parfois l'assistance aux proches de peur de contracter leur mal. À cause de cela, l'antisémitisme s'exacerba et les juifs furent accusés de propager la peste volontairement. Les lépreux subirent aussi les mêmes accusations, soupçonnés de contaminer les puits d'eau potable (Ruffié et Sournia, 1984). Lors des épidémies de choléra, les mêmes conduites de fuite et de réclusion sont observées, mais cette fois-ci ce sont les autorités gouvernementales que l'on accuse de vouloir empoisonner le peuple et les étrangers.

Progressivement, la responsabilité individuelle fut prise en considération, puisque certains comportements et facteurs externes (animaux, germes, etc.), furent découverts comme étant la cause de la contamination. Malgré cela, certains groupes sociaux et ethniques (pauvres, étrangers, etc.) demeurent des cibles privilégiées pour soulager le poids de la panique collective. Dans le cas de la tuberculose, la prédisposition génétique des familles sert de bouclier. En ce qui a trait à la syphilis, maladie dite honteuse, ce sont surtout les prostituées qui sont désignées comme étant le groupe à éviter, même si les faits démontrent que des gens de tout acabit transmettent le germe (Delumeau et Lequin, 1987). Lorsqu'on a affaire à la syphilis, le diagnostic est dissimulé sous une autre maladie pour sauvegarder la réputation des "bonnes familles" (Ruffié et Sournia, 1984).

Pour le sida, des réactions sociologiques traditionnelles sont aussi observées. Comme par le passé, certains groupes furent désignés comme responsables. Cette croyance populaire perdure même s'il a été démontré que le virus se propage sans discrimination. L'apparition de cas dans d'autres groupes dits à moindre risque (hétérosexuels, femmes, enfants, etc.) a provoqué un questionnement au plan préventif et a apporté le déploiement de stratégies d'intervention diversifiées pour réduire la panique collective et minimiser l'expansion de la maladie. C'est pourquoi, les campagnes de prévention sont maintenant davantage axées sur la modification des conduites sexuelles à risque, plutôt que seulement sur la diffusion d'informations concernant la maladie. De plus, elles cherchent à rejoindre toutes les tranches de population (enfants, adolescents, adultes, etc.) dans le but de conscientiser les gens à cette "nouvelle" réalité.

Malgré ces efforts, bien d'autres comportements de fuite, d'isolement et d'exclusion sont observés. Les autorités gouvernementales américaines furent accusées d'avoir produit un nouveau virus biologique en vue de s'en servir pour une éventuelle guerre (Grmek, 1989). Tout récemment, les Etats-Unis imposaient des restrictions pour les visiteurs étrangers, exigeant un visa spécial aux douanes (pour la 6e conférence internationale sur le sida, qui s'est tenue en juin 1990 à San Francisco, Le Devoir, 18 avril 1990, pp. 3). Au niveau individuel, les victimes se voient refuser l'accès à certains services publics (école, travail, soins etc.), sous prétexte qu'elles sont une menace pour les autres. Ces manifestations sont toutes synonymes de la peur provoquée par l'apparition de cette maladie mortelle en une période de l'histoire où le monde scientifique pensait être arrivé à "contrôler la contagion" (Grmek, 1989).

Heureusement des comportements de compassion envers les sidéens sont aussi observés et plusieurs groupes d'entraide sont disponibles pour les victimes, mais il reste encore beaucoup à faire pour informer et éduquer la population. C'est pourquoi, le concept d'attitude a suscité et suscite encore aujourd'hui, beaucoup d'intérêt.

Définition du concept d'attitude

En psychologie et surtout en psychologie sociale, les recherches concernant les attitudes, leur nature, leur structure, leur formation et leurs fonctions abondent dès le début de cette discipline (Penrod, 1986).

Toutefois, l'ensemble de ces recherches met en évidence des problèmes de définition conceptuelle. En effet, plusieurs auteurs au cours du XXe siècle ont élaboré leur propre définition du concept, ce qui a contribué à mettre en évidence des nuances dans la façon d'expliquer ce qu'est une attitude (Greenwald, 1968).

Allport (1935) définit une attitude comme une préparation ou un empressement à répondre. Selon lui il ne s'agit pas d'un comportement, mais tout au moins d'une condition préalable au comportement. Dans le même sens, Murphy et al. (1937) conçoivent l'attitude comme une prédisposition envers ou contre certaines choses. Ces auteurs voient l'attitude comme une prise de position qui prépare l'action face à l'objet auquel l'individu est confronté.

Par contre, la définition de Katz et Stotland (1959), émise quelques années plus tard, présente une nuance qui incorpore une notion d'évaluation et écarte la propension à l'action. Pour eux une attitude est une tendance ou une disposition à évaluer un objet ou le symbole de cet objet d'une certaine façon.

Cependant les définitions qui ont suivi tendent encore à définir les attitudes comme une condition qui influence le comportement face à l'objet (Allport, 1968; Oskamp, 1977).

Ces définitions démontrent deux tendances dans la façon de décrire la nature de l'attitude. L'une voit l'attitude comme une prédisposition à l'action face à quelqu'un ou quelque chose. L'autre voit l'attitude comme une disposition psychique qui n'influence pas nécessairement l'action.

Le mot "attitude" est un dérivé du mot latin "aptus" qui signifie être apte à quelque chose, avoir des dispositions pour. Donc, l'attitude est d'abord une prise de position, une "opinion" face à l'objet (Robert, 1978).

Pour bien distinguer la nature de l'attitude de ce qui détermine l'action face à l'objet, la définition retenue est la suivante: "Une attitude est une expérience subjective qui implique une évaluation de quelqu'un ou de quelque chose." (Eiser, 1986, p.13). Ceci signifie que l'attitude ne détermine pas forcément l'action, mais qu'elle est toujours influencée par les expériences antérieures de l'individu qui se sert de ces dernières pour évaluer l'objet et y réagir. L'attitude exprimée ne sera pas nécessairement conforme aux croyances de l'individu lors de la confrontation à l'objet puisque plusieurs autres facteurs seront pris en considération, entre autre l'apport circonstanciel (Fishbein, 1963). Cependant, la conduite adoptée pourra être synonyme des attitudes entretenues, soit par un mouvement d'évitement, par l'empressement à répondre ou par conformisme (Gergen et Gergen, 1981).

Par exemple, une personne peut avoir très peur du sida et se croire exemptée par rapport au risque de contracter le virus. Quelqu'un d'autre peut ne pas avoir peur et entretenir les mêmes préjugés face au danger de contagion; tandis qu'une autre personne peut bien évaluer les risques et se protéger adéquatement en changeant ses comportements sexuels de manière à se protéger. Les attitudes face au sida sont multiples et influencées par différents façons d'évaluer la maladie, les personnes atteintes, les risques de contagion, etc. Il semble, que les personnes qui se sentent concernées entretiennent moins d'attitudes négatives face au sida et effectuent plus de changements dans leurs conduites sexuelles .

Différents modèles ont été élaborés pour décrire les éléments qui influencent la construction d'une attitude. Le modèle des valeurs attendues a suscité beaucoup d'intérêt. Ce modèle statue que les attitudes sont déterminées par les attentes de l'individu face aux attributs associés à l'objet et aux valeurs investies dans ces attributs. Le modèle de valeurs attendues de Fishbein (1963), propose que ce qui détermine les sentiments d'une personne face à un objet comporte trois volets: les croyances de la personne par rapport à l'objet, l'estimation de la personne comme quoi l'objet possède certaines caractéristiques et comment la personne évalue ces caractéristiques.

Dans le cas du sida, si la personne croit que le sida c'est pour les autres et qu'elle y attribue des caractéristiques négatives, les valeurs entretenues seront sans doute elles aussi négatives. "Fishbein, omet volontairement l'aspect comportemental parce qu'il distingue les sentiments que suscite l'objet et la réaction face à cet objet. Selon lui, l'intention d'agir n'est pas directement déterminée par l'attitude face à l'objet, qu'elle soit positive ou négative" (Penner, 1986, p.357).

Toutefois, le modèle le plus reconnu est sans doute celui des trois composantes (Penner, 1986). Ce modèle tient compte de trois aspects: cognitif, affectif et comportemental. L'aspect cognitif représente les concepts de l'individu en regard de l'objet; ses connaissances et croyances par rapport à la nature de l'objet. L'aspect affectif reflète les sentiments positifs ou négatifs, que l'objet suscite chez l'individu au plan physiologique et psychologique. Tandis que l'aspect comportemental évoque la façon dont l'individu oriente son action lorsqu'il est en présence de l'objet.

Dans le contexte du sida, ce modèle parle de l'influence du niveau des connaissances, des croyances acquises ou adoptées, de l'impact de ces deux aspects sur le développement d'attitudes positives ou négatives face au sida et de leurs effets sur les pratiques sexuelles.

La formation d'attitudes chez l'individu peut être influencée par plusieurs facteurs de l'environnement. En effet, la majorité des chercheurs s'étant intéressé à la formation des attitudes, accorde peu de crédit à l'origine génétique ou biologique. Ils allouent beaucoup plus d'autorité à la théorie de l'apprentissage (Lambert, 1980). Selon ce prémisses, les attitudes se forment ou sont acquises en majeure partie à travers les interactions avec l'environnement où évolue l'individu. Différents phénomènes propres au contexte social influent aussi sur leur formation. Entre autres, le processus de socialisation, les expériences directes avec l'objet en cause qui provoque des conditionnements classiques ou instrumentaux (Penner, 1986).

Le processus de socialisation met l'individu en interaction avec les gens de son milieu et par le fait même avec leurs attitudes. Par exemple, dès son jeune âge, l'enfant est imprégné par les attitudes parentales. Les personnes de son réseau social jouent aussi un rôle significatif, (groupe de pairs, professeurs, etc.). C'est pourquoi, l'enfant peut changer certaines de ses attitudes quand il quitte la maison soit pour le collège ou le travail. À partir de ce moment là, il privilégie des attitudes qui sont fortement affiliées à celles du groupe de pairs ou à ses enseignants (Penrod, 1986).

Les expériences directes avec l'objet entraînent aussi la formation d'attitudes positives ou négatives durables, on peut citer l'exemple de la peur du dentiste (Fishbein et Ajzen 1975; McGuire, 1969; Oskamp, 1977). L'acquisition

d'informations par rapport à l'objet, ou l'exposition à cet objet peut influencer la perception de l'individu face à cet objet et par le fait même modifier une attitude. Toutefois, il semble qu'une grande partie des attitudes entretenues par une personne est acquise au cours de l'enfance. C'est pourquoi les médias, surtout la télévision, ont plus d'influence sur les attitudes d'un jeune public (Penner, 1986).

Les attitudes ont différentes fonctions. Elles permettent à l'individu de mieux connaître et comprendre son milieu. Elles sont révélatrices des valeurs que l'individu entretient face à ce qui l'entoure. Elles permettent aussi aux gens de se protéger, puisqu'ils sont disposés face à l'objet avant d'y être confronté. Ceci peut leur permettre de réagir plus rapidement (Katz, 1960).

Ces explications permettent de saisir davantage, pourquoi l'évolution des attitudes du public face au sida est lente et indique à quel point il est important d'éduquer les jeunes en matière de prévention.

Le changement des attitudes a, lui aussi, fait l'objet de maintes recherches chez les tenants des deux principales orientations théoriques en psychologie sociale, c'est-à-dire, l'approche behavioriste et cognitive.

Les behavioristes sont d'avis que ce sont les événements survenant dans l'environnement qui influencent les attitudes des gens. Pour illustrer ceci, l'exemple préférée est celui du processus de persuasion dans la communication verbale, où les caractéristiques du stimulus (le communicateur, le message, le canal, l'auditoire et l'environnement de la communication) peuvent avoir des effets positifs ou négatifs en ce qui a trait aux changements d'attitude chez l'auditoire.

Tandis que les tenants de l'approche cognitive croient que ce sont les processus mentaux qui agissent sur le maintien ou le changement d'attitudes. Selon eux, c'est le besoin de cohérence cognitive (Gergen et Gergen, 1981) qui détermine la prégnance ou la modification des attitudes.

Ces deux approches n'arrivent toutefois pas à expliquer les changements d'attitudes avec précision puisque les différences individuelles et situationnelles sont très complexes. En effet, la perception de soi, les souvenirs personnels, la surgénéralisation, le biais négatif, les jugements polarisés, etc. sont autant de facteurs qui agissent sur les attitudes privilégiées par l'individu. Donc, même si l'individu est influencé par l'environnement et ses propres cognitions, il demeure très difficile de déterminer avec exactitude ce qui entraîne le changement (Gergen et Gergen, 1981).

Cependant, il ne faut pas omettre le fait que les attitudes ne se modifient guère. Pettigrew (1989), explique cela par le fait que l'individu, en partageant les valeurs et les étiquettes favorisées dans le milieu, obtient l'appui social dont il a besoin pour développer un sentiment d'appartenance.

Evolution des attitudes face au SIDA

Jusqu'ici plusieurs chercheurs se sont intéressés aux attitudes des personnes face au SIDA, en étudiant quelles sont leurs réactions, leurs connaissances et comment ils se protègent pour éviter de contracter la maladie. Les attitudes observées ont été les suivantes: la peur (sidaphobie), les préjugés face à

l'homosexualité (homophobie) et la possibilité de voir apparaître certains changements au niveau des comportements sexuels.

La peur du sida est appelée sidaphobie, parce que cette maladie a suscité et suscite encore aujourd'hui, souvent plus qu'un sentiment de peur, soit de l'angoisse et de la panique chez les personnes qui s'y trouvent confrontées. Cependant, pour la population en général, il s'agit de peur puisque les gens ne se sentent pas personnellement concernés. L'homophobie est: "caractéristique de la haine irrationnelle et durable envers les homosexuels" (Gergen et Gergen 1981, p.130). Les comportements sexuels susceptibles de changer sont les comportements reliés à la protection, soit: la diminution du nombre de partenaires et l'utilisation du condom.

L'évolution dans le temps de ces attitudes est difficile à mesurer sans la contribution des sondages et des recherches. C'est pourquoi une revue concise des différents travaux effectués apparaît nécessaire pour en connaître l'ampleur.

Dans un article publié récemment, Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989), résument les résultats de trois sondages qui révèlent que la peur de contracter le sida est bien présente. En effet, un sondage effectué en 1985 par interview téléphonique auprès d'un échantillon national de 759 adultes permet de constater une hausse de la peur face au SIDA par rapport à 1983 (Newsweek, 12 août 1985, pp.20-27). La même inquiétude est observée chez une population de 500 jeunes Français âgés de 15 à 24 ans (Le Monde, 11 mars 1987, no 13099, p.18) dont 37% déclarent avoir modifié certains comportements et 70% sont sur le point de le faire dans l'avenir. Ces comportements vont de l'évitement d'endroits fréquentés par des homosexuels à

la modification d'habitudes en matière de sexualité (diminution du nombre de partenaires sexuels et utilisation de préservatifs). De plus, dans plusieurs pays on reconnaît cette maladie comme étant un problème de santé urgent (La Presse, 22 mai 1988, no 210, pp. A1-A2 et F7).

Un sondage publié par La Presse en date du 3 juin 1989 (105^e année, n^o 143, pp.A1, A10), effectué auprès d'un échantillonnage représentatif de jeunes québécois de plus de quinze ans, révèle que plus de 50% ont effectivement peur du sida même si la majorité se disent bien informés (83%) et que deux tiers d'entre eux n'ont jamais pensé qu'ils pouvaient être infectés ou contracter le virus. Deux autres études viennent appuyer ces résultats. L'une faite à Montréal (Dupras et al., 1989), auprès d'une population francophone de plus de 18 ans, nous indique que près de la moitié des répondant(e)s (49%), est préoccupée par le sida, mais que cela n'a pas entraîné de changements dans leurs comportements sexuels et qu'ils sont tolérants face à l'homosexualité, même s'ils la considèrent comme plus ou moins "normale". La deuxième étude faite auprès de jeunes de 12 ans et plus, à travers les provinces canadiennes (King et al., 1989), démontre que moins de 15% des sujets craignent vraiment de contracter la maladie, qu'une grande majorité entretiennent des préjugés défavorables envers les homosexuel(le)s et que les changements de comportements en matière de sexualité ne sont pas significatifs.

Plusieurs de ces sondages et études effectués sur le terrain témoignent de plus ou moins d'inquiétude à travers les diverses populations. Ces différences peuvent s'expliquer par la prévalence de la maladie dans certaines régions (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989), par le degré de conscience des gens par rapport au danger de contracter la maladie et par les risques réels que ceux-ci prennent. Par

contre, ce sont les préjugés qui prédominent, surtout ceux face aux homosexuels. Ils existent depuis longtemps, mais ils semblent s'être exacerbés depuis que ce groupe a été désigné comme la première cible du sida (Temoshok et al., 1987). Le peu de changements en matière de pratiques sexuelles laisse supposer que les gens ne se considèrent pas vraiment comme étant à risque. De plus, le niveau de connaissance de la maladie, semble influencer ces différentes réactions chez les sujets (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989).

En effet, différentes recherches démontrent qu'il peut y avoir certains liens entre les variables suivantes: la peur du sida, l'homophobie, le niveau de connaissance et la modification ou non des comportements en ce qui concerne la vie sexuelle des sujets. Les résultats de Gabay et Morrison (1985), indiquent des corrélations positives très significatives ($p < .0001$) entre homophobie et sidaphobie. Ces résultats furent appuyés par la suite par plusieurs autres recherches démontrant une relation entre la peur face au sida et les attitudes négatives face à l'homosexualité (Douglas et al., 1985; McAleer et al., 1986; Kelly et al., 1987; Royse et Birge 1987; Triplet et Sugarman 1987; Goodwin et Roscoe, 1988; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989). Goodwin et Roscoe (1988) et Ross (1988), arrivent à la conclusion que les gens qui sont très acceptants pour les comportements homosexuels sont souvent ceux qui connaissent personnellement un homosexuel ou un bisexuel. Ils sont moins homophobes, ont moins peur de contracter le sida, sont mieux informés et plus réalistes par rapport aux dangers d'infection.

En ce qui concerne le niveau de connaissances et les craintes face à la maladie, les opinions sont partagées. En effet, les résultats obtenus par McAleer et al. (1986), démontrent que même si les gens sont bien informés, ils continuent d'avoir

peur et entretiennent de fausses croyances concernant les conduites homosexuelles. Par contre, Royse et Birge (1987), mentionnent que plus le niveau de connaissances est élevé, moins la peur est présente chez les sujets et ceux-ci manifestent plus d'empathie face aux victimes. Mais les homosexuels atteints continuent d'être vus plus négativement. Ils sont perçus comme plus responsables de leur maladie, plus dangereux et souffrant moins que les autres malades (Kelly et al., 1987; Karz et al., 1987).

De plus, les groupes évalués présentent peu ou pas du tout de changement au niveau de leurs comportements sexuels, ceci indifféremment de la quantité d'informations qu'ils possèdent concernant la maladie (Triplet et Sugarman, 1987; Katzman et al., 1988; Manning et al., 1989; Crawford, 1990; Roscoe et Kruger, 1990). Certains auteurs en viennent à la conclusion qu'il serait plus profitable de renseigner la population sur l'homosexualité que de s'en tenir aux campagnes d'information sur la maladie comme telle (Price et al., 1985). Ceci amènerait les gens à se sentir plus concernés et à adopter davantage des mesures de protection.

Quelques auteurs se sont appliqués à construire des échelles pour mesurer ces attitudes (Hansen, 1982; Kite et Deaux, 1986; Bouton et al., 1987; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989; etc.). D'autres auteurs, ont évalué les attitudes face au sida dans différentes populations. Les groupes les plus étudiés sont sans doute les étudiants et le personnel hospitalier. Les conclusions qui ressortent de ces différentes recherches (McAleer et al., 1986; Katz et al., 1987; Dhoooper et al., 1988; Armstrong-Esther et Hewitt, 1989; Crawford, 1990; etc.) confirment que le sida provoque effectivement de la peur, sinon de l'inquiétude:

- les gens en général sont plus ou moins homophobes,
- leur niveau de connaissances envers la maladie n'est pas toujours suffisant,
- une faible proportion des sujets ont opéré des changements au niveau de leurs comportements sexuels pour se protéger d'un éventuel contact avec le virus et,
- les sidéens sont très rejetés en tant que groupe, comparativement à d'autres catégories de malades.

L'évolution des attitudes face au sida - thème de ce mémoire - n'a pas fait l'objet de nombreuses publications. De plus, les auteurs qui se sont intéressés aux attitudes face au sida en terme d'évolution, n'arrivent pas tous aux mêmes conclusions.

En effet, certains auteurs disent qu'il y a peu de changements dans le temps. C'est le cas pour Simkins et Kushner (1986) qui n'ont noté qu'un léger changement des attitudes et des comportements chez la majorité des répondants, en comparaison avec l'étude de Simkins et Eberhage (1984). L'étude de Simkins et Kushner (1986), à laquelle un questionnaire pour mesurer l'homophobie a été ajouté, est une réplique de celle effectuée en 1984, par Simkins et Eberhage. Ces recherches

avaient pour but d'évaluer les attitudes face à trois maladies: le sida, l'herpès II et le syndrome de choc toxique. Leurs échantillons étaient composés de plus de 200 étudiants (232 en 1984 et 212 en 1986) principalement en psychologie, dont la moyenne d'âge était de 22 ans et plus de 75% des sujets étaient hétérosexuels (76% en 1984 et 77.4% en 1986). Ces recherches furent réalisées à l'Université du Missouri (Kansas City). Le questionnaire utilisé mesurait l'anticipation face au danger de contracter ces maladies et leur influence sur la vie sexuelle des répondants. En ce qui concerne le sida, les résultats obtenus indiquent que les hommes, principalement, les homosexuels, demeurent ceux qui sont les plus préoccupés par le sida, et ceux dont les comportements sexuels présentent le plus de changements. Tandis que les hétérosexuels (hommes et femmes) n'ont opéré que de faibles modifications et se sentent moins concernés par cette maladie.

Ce sont les considérations théoriques faites à partir des résultats obtenus par Temoshok et al., (1987), qui démontrent le mieux l'influence que pourrait avoir le temps sur la modification des attitudes face au sida. En effet, cette recherche faite au même moment dans trois villes différentes (San Francisco, New York et Londres), pour une population globale de 399 sujets, met en lumière l'influence du contexte social et culturel lorsqu'il s'agit de mesurer les réactions du public face à une "épidémie", dans ce cas-ci, le sida.

Les auteurs ont identifié quelques éléments pour lesquels ils ont observé des différences entre les trois villes mentionnées ci-haut. Tout d'abord, les différences culturelles qui impliquent la confiance de la population envers son gouvernement et le corps médical comme étant compétent ou pas face à ce fléau; le degré d'interaction du public avec les victimes du sida; les préjugés face aux groupes

plus touchés par la maladie; la peur que suscite cette maladie; le degré de prévalence de la maladie dans chacune de ces villes; le temps écoulé depuis que ce problème de santé est perçu comme une menace pour chacune de ces populations; et finalement, l'influence des médias dans leur façon - avec sensationnalisme ou avec objectivité - de diffuser l'information.

Leurs résultats démontrent que les homosexuels et les bisexuels de San Francisco sont conscients du danger depuis plus longtemps comparativement au public des trois villes en général, et que le public de San Francisco est plus conscient que celui de New York, ce dernier l'étant plus que celui de Londres. Cependant, toutes les personnes interrogées ont déclaré être davantage préoccupées par la menace de contracter d'autres maladies. De plus, les gens de San Francisco apparaissent comme étant ceux qui ont le plus de connaissances concernant le sida, le moins de peur et sont les moins homophobes. Toutefois, les changements de comportements ne sont significatifs pour aucun des trois groupes. Parmi les résultats obtenus, la peur et l'homophobie sont en corrélation négative avec le niveau de connaissances. Cela signifie que plus le niveau de connaissances est élevé, moins les gens de ces villes ont peur et moins ils sont homophobes. De plus, l'analyse de la façon de communiquer l'information dans les mass-média de deux de ces grandes villes (Londres et San Francisco) vient appuyer les données obtenues. En effet, six mois avant l'étude, les médias de Londres versaient dans le sensationnalisme, tandis que ceux de San Francisco étaient plus objectifs dans leur façon de diffuser l'information sur le sida. Selon les auteurs, ceci serait relié au fait que les londonniens manifestent plus de peur et ont moins de connaissances comparativement aux gens de San Francisco qui sont mieux informés et ont moins

peur. Ce qui suggère que le potentiel éducatif que possèderaient les médias est mal exploité.

C'est à partir de ces résultats que Temoshok et al. (1987), ont élaboré un modèle général, à quatre stades, des attitudes du public face à une "épidémie". Ces stades se différencient par le temps écoulé depuis que le public se sent concerné par la menace du fléau. Le premier stade représente les gens qui se sentent concernés depuis moins longtemps par le sida (Londres); ils présentent le plus d'attitudes négatives (peur et homophobie), qui sont associées à peu de connaissances. De plus, les changements comportementaux sont faits en fonction de la menace et non pas grâce à la perception appropriée du risque.

Le deuxième stade regroupe les gens qui se sentent plus concernés et depuis plus longtemps (New York). Ils sont plus intéressés à acquérir de l'information, mais ils n'ont pas nécessairement moins peur. Leur peur peut même augmenter avec l'acquisition de nouvelles connaissances face à la maladie.

Le troisième stade, correspond à un vécu plus long avec la réalité de la maladie dans la ville (San Francisco). À ce stade, les gens ont tendance à être plus ouverts à l'information, moins réactifs. On observe moins de changements au niveau des comportements à risque, ceux-ci ayant probablement déjà été opérés (les auteurs ne mentionnent pas l'avoir vérifié), mais certaines attitudes négatives (peur et homophobie) peuvent persister même à ce stade.

Le quatrième stade n'est atteint que par peu de gens; ceux-ci sont bien informés, ont moins peur et présentent des attitudes plus positives. Ces personnes

sont plus familières avec la maladie, soit à cause de leur mode de vie (toxicomanes, bisexuels, ou autres), ou parce qu'elles côtoient des gens qui ont contracté le virus.

Ce modèle à quatre temps démontre que les réactions peuvent être différentes selon le contexte et le temps écoulé depuis l'arrivée de la maladie dans une population visée. Malheureusement la méthodologie employée dans le cadre de cette recherche ne permet pas d'envisager que ce modèle reflète avec exactitude la progression des attitudes pour une population en particulier, puisqu'elle n'est pas longitudinale et qu'elle a été effectuée simultanément dans trois villes différentes.

Les résultats obtenus par Clif et Stears (1988), pour deux populations comparables à deux moments différents présentent un niveau de changement significatif. L'objectif de cette recherche était de comparer les changements d'attitudes et de croyances envers le sida, chez des étudiants britanniques entre novembre 1986 et mai 1987. En novembre 1986, leur échantillon était composé de 86 étudiants (34 hommes et 52 femmes) inscrits à leur première année en sciences de l'éducation. En mai 1987, leur échantillon était sensiblement le même qu'en novembre 1986, puisque 73 des 76 étudiants recrutés (32 hommes et 44 femmes) avaient répondu au questionnaire en novembre 1986. L'instrument utilisé était un questionnaire de 56 questions, auxquelles les sujets devaient répondre sur une échelle de cinq points. Leurs résultats démontrent une diminution de l'inquiétude, une augmentation des connaissances et une diminution du pourcentage des gens en faveur de la mise en quarantaine pour les sidéens. Cependant, les changements attendus pour les attitudes morales et sociales n'ont pas été confirmés. C'est-à-dire que les sujets ne présentent pas plus d'empathie vis-à-vis des victimes du sida, il ne

sont pas moins homophobes, ils ne sont pas plus en faveur de changements en ce qui a trait à leur vie sexuelle et ne voient pas la nécessité de programmes d'éducation.

Comme en témoignent les résultats des trois recherches mentionnées ci-dessus, les auteurs n'arrivent pas aux mêmes conclusions et l'évolution dans le temps des attitudes face au sida n'a pas été démontrée également dans les populations évaluées. Cependant, tous s'accordent pour dire que les changements en terme d'attitude (peur, etc.) sont très progressifs et que l'augmentation des connaissances peut parfois aider à diminuer la peur, mais n'a pas nécessairement d'impact favorable sur les autres attitudes (homophobie et modification des conduites sexuelles).

Malgré ces constats, il importe de souligner que les méthodologies employées étaient différentes pour chacune de ces recherches et que seulement deux d'entre elles mesuraient les attitudes des sujets à deux moments distincts. L'une après un intervalle de deux ans (Simkins et Kushner, 1986) et l'autre seulement après six mois (Clift et Stears, 1988). De plus, ces recherches n'évaluaient pas les mêmes variables. Simkins et Kushner (1984/1986) mesuraient le niveau de conscience, d'étudiants en psychologie, de niveau universitaire, face à trois maladies (Sida, herpès II et syndrome du choc toxique) et les changements survenus au niveau de leurs comportements sexuels. Tandis que Clift et Stears (1988) évaluaient les changements d'attitudes et de croyances seulement envers le sida, chez des étudiants en sciences de l'éducation, de niveau collégial. Ces recherches permettent d'identifier des avenues d'exploration pour les recherches subséquentes. Cependant, leurs dissemblances au niveau de la méthode empêchent d'arriver à des recoupements entre les résultats obtenus. De plus, comme le nombre des recherches

dans ce domaine est très limité, aucune conclusion générale ne peut être avancée en ce qui a trait à l'évolution des attitudes face au sida.

Ces lacunes attestent le besoin de recherches longitudinales ou transversales concernant les changements des attitudes face au sida. Ceci dans le but d'identifier s'il y a une évolution ou non des attitudes, afin d'améliorer les interventions en matière d'éducation et de prévention.

Hypothèses

L'objet de la présente recherche, de type transversal, est donc d'évaluer s'il y a eu des changements significatifs en ce qui a trait aux inquiétudes, aux préjugés et aux modifications de comportements en regard du sida, chez une population d'étudiants, hétérosexuels et québécois, entre 1987 (données recueillies par S. Ionescu) et 1990.

La synthèse des principales recherches s'étant intéressées aux attitudes face au sida et celles ayant trait à leur évolution, nous révèle qu'un niveau de connaissances plus élevé n'a pas toujours pour effet de diminuer la peur face à la maladie. En effet, certains auteurs ont démontré que l'inquiétude (peur) a tendance à diminuer avec un niveau élevé de connaissances concernant la maladie (Royse et Birge, 1987); tandis que d'autres mentionnent que ce n'est pas toujours le cas et que l'acquisition de nouvelles connaissances peut même augmenter momentanément la peur (McAleer et al., 1986; Temoshok et al., 1987). Il est donc plausible de supposer qu'en 1990, les jeunes seront mieux informés, mais qu'ils ne seront pas moins craintifs qu'en 1987.

En ce qui concerne les attitudes dites morales (homophobie) et sociales (changement de comportement), les auteurs relèvent peu de changement (Temoshok et al., 1987; Triplet et Sugarman, 1987; Katzman et al., 1988; Manning et al., 1989; Crawford, 1990; Roscoe et Kruger, 1990). Cela impliquerait que même si les gens sont mieux informés, ils ne sont pas moins homophobes et ils n'ont pas changé leurs comportements sexuels en vue de se protéger.

Plusieurs auteurs (Douglas et al., 1985; McAleer et al., 1986; Kelly et al., 1987; Royse et Birge 1987; Triplet et Sugarman 1987; Goodwin et Roscoe, 1988; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989) ont aussi découvert qu'il existait un lien entre les attitudes face à l'homosexualité (homophobie) et celles face au sida (sidaphobie), ainsi qu'entre le niveau de connaissances et les attitudes de peur face au sida (McAleer et al., 1986; Royse et Birge, 1987). Il est donc pertinent d'opérer des corrélations entre ces variables pour voir si cette recherche arrive aux mêmes conclusions.

Donc, l'évolution des attitudes face au sida sera estimée à partir de l'étude des différences entre les scores obtenus par deux groupes de sujets, en tous points comparable. Le même questionnaire fut utilisé lors des deux expérimentations effectuées à trois ans d'intervalle (1987 et 1990). Les scores étudiés sont les réponses aux questions concernant les méthodes de contraception antérieures et actuelles et le nombre de partenaires sexuels, aux deux échelles (attitudes face au sida et attitudes face à l'homosexualité) et au test de connaissances sida qui constituent les variables dépendantes de cette recherche. Le sexe (homme, femme), les programmes (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration) et le

niveau d'étude sont les variables indépendantes. Tandis que l'âge (21-30 ans), l'origine (québécoise) et l'orientation sexuelle (hétérosexuel) sont des variables contrôlées.

À la lumière du contexte théorique de cette recherche les hypothèses émises sont les suivantes:

Hypothèse. 1

Les attitudes de peur face au sida, telles que mesurées par "l'Echelle d'attitudes face au sida" sont les mêmes pour l'échantillon de 1990 comparativement à l'échantillon de 1987, et ce, indépendamment du sexe et du programme d'études.

Hypothèse 2

Les attitudes face aux homosexuels, telles que mesurées par "l'Echelle d'attitudes face à l'homosexualité" sont les mêmes en 1990 que celles observées en 1987. Ceci se retrouve aussi bien pour les hommes que pour les femmes et quel que soit leur programme d'études.

Hypothèse 3

Le niveau de connaissances est plus élevé en 1990 que celui mesuré en 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études, en raison du fait que l'information sur la maladie a été largement diffusée.

Hypothèse 4

Les pratiques sexuelles des hommes et des femmes (méthode contraceptive et nombre de partenaires sexuels), telles que mesurées par les questions 17, 18 et 21 du questionnaire de données personnelles, ne présentent pas de changement en 1990 comparativement à 1987.

Hypothèse 5

Il existe une relation négative entre un haut niveau de connaissances et des attitudes de peur face au sida.

Hypothèse 6

La corrélation entre les scores à "l'Echelle d'attitudes face au sida" et les scores à "l'Echelle d'attitudes face à l'homosexualité" (homophobie) est significativement la même en 1990 comparativement aux résultats obtenus en 1987. C'est à dire que l'homophobie est associée à la sidaphobie.

Chapitre II

Description de l'expérience

Le deuxième chapitre décrit les caractéristiques des sujets qui composent l'échantillonnage, l'instrument de mesure utilisé et le déroulement de l'expérience.

Sujets

Les sujets qui ont été retenus répondent aux mêmes critères de sélection que l'échantillon utilisé pour la recherche de Ionescu réalisée en 1987, recherche dont les résultats serviront de point de comparaison pour la présente recherche. L'échantillon de 1987 était composé de 174 étudiants québécois inscrits à l'Université du Québec à Trois-Rivières, à l'un des trois programmes d'études suivants: psychologie, sciences de l'éducation, gestion/administration, soit au certificat, au baccalauréat ou à la maîtrise. Leur âge variait entre 21 et 30 ans et ils étaient tous hétérosexuels. L'échantillon était réparti en six groupes, dont un groupe de 25 hommes et un groupe de 30 femmes en psychologie; un groupe de 29 hommes et un groupe de 28 femmes en sciences de l'éducation; ainsi qu'un groupe de 31 hommes et un groupe de 31 femmes en gestion/administration (ces données sont présentées dans l'appendice A).

L'échantillon de cette recherche se compose donc de 174 sujets hétérosexuels d'origine québécoise, répartis en six groupes. Soit un groupe d'hommes et de femmes dans chacune des trois concentrations (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration). Le nombre de sujets par groupe est identique à celui des groupes décrit ci-dessus. L'âge des sujets varie entre 21 et 30

ans. Ils ont été sélectionnés, en fonction des mêmes critères que ceux retenus par Ionescu (1987), parmi 477 étudiants de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ayant rempli le questionnaire d'Attitudes face au SIDA (Ionescu, 1987).

L'expérimentation s'est déroulée au cours de la semaine du 4 au 12 septembre 1990. Sur 477 questionnaires remplis, 303 ont été rejetés parce qu'ils ne répondaient pas aux variables de cette recherche. Parmi ces questionnaires, 70 étaient incomplets, 98 sujets étaient d'âge inférieur à 21 ans, 74 étaient d'âge supérieur à 30 ans, 4 étaient d'origine étrangère, 5 étaient d'orientation sexuelle différente, 15 étaient inscrits à des programmes d'études différents et 37 n'étaient pas au bon niveau (certificat, baccalauréat ou maîtrise), ceci afin de rendre l'échantillon plus comparable à l'échantillon de 1987. La comparaison des échantillon pour les niveaux de scolarité est présenté en appendice B.

Les caractéristiques de l'échantillon (âge compris entre 21 et 30 ans, deux sexes, population étudiante, hétérosexuelle, québécoise, de trois programmes d'études), ont été définis en raison de critères précis. Une population de jeunes étudiants risquait d'être plus active sexuellement. De plus, les étudiants vivent moins souvent en couple (relations sexuelles moins stables et souvent, avec plus d'un partenaire). On a fait appel aux deux sexes pour étudier les différences entre les hommes et les femmes. On a choisi des personnes hétérosexuelles parce que la proportion des gens ayant une autre orientation (homosexuels ou bisexuels) est moindre et que les recherches antérieures révèlent que ces gens peuvent biaiser les résultats parce qu'ils sont souvent plus acceptants et mieux informés. Les sujets sont tous d'origine québécoise parce que l'exposition à la maladie peut être différente d'une région à l'autre et que c'est la situation au Québec qui doit être mieux connue

pour améliorer les programmes d'information et d'éducation à venir. Cette étude couvre trois programmes d'études différents pour permettre des comparaisons entre les groupes et évaluer si l'orientation professionnelle influence les attitudes vis-à-vis de cette maladie.

Le tableau 1 présente la distribution des cent soixante quatorze sujets recrutés en 1990, selon le groupe auquel ils appartiennent, le programme d'études, le sexe, le nombre de sujets par groupe et l'âge moyen (pour la présentation des échantillons de 1987 et 1990, voir l'appendice A).

TABLEAU 1
Description de l'échantillon de 1990

Groupe	Programme	Sexe	Nombre de sujets	Age moyen
Q-21	psychologie	H	25	23,68
Q-22	psychologie	F	30	24,03
Q-23	sciences de l'éducation	H	29	23,00
Q-24	sciences de l'éducation	F	28	22,14
Q-25	gestion/administration	H	31	22,61
Q-26	gestion/administration	F	31	22,65

Instrument de mesure

L'instrument de mesure utilisé est: Le questionnaire d'Attitudes face au SIDA(Ionescu, 1987). Il est composé de six parties distinctes. Seulement quatre de

ces parties ont été retenues pour cette recherche; c'est-à-dire, le questionnaire de données personnelles, l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelles d'attitudes face à l'homosexualité et le test de connaissances sida. Les deux parties qui ont été supprimées ont trait à la mort. Il s'agit de l'échelle d'anxiété par rapport à la mort et de l'échelle d'acceptation de la mort. Ce thème, même s'il est lié à la problématique du sida, dépassait le champ d'intérêt de cette recherche.

La première partie consiste en un questionnaire de données personnelles qui comporte 21 énoncés, dont les onze premières questions sont d'ordre démographique (âge, sexe, etc.), les cinq suivantes ont trait aux expériences pertinentes que peut avoir vécu le sujet en rapport avec la maladie (accompagnement, soins, etc.) et les cinq dernières questions se rapportent à la vie sexuelle des répondants (méthode contraceptive utilisée, orientation sexuelle, etc.). Cette première partie du questionnaire permet la sélection des sujets selon les variables indépendantes (sexe, programme et niveau d'étude), les variables contrôlées (âge, origine et orientation sexuelle). Elle permet ensuite de distinguer la familiarité qu'a le sujet avec la maladie et finalement nous informe s'il a modifié ses comportements en ce qui a trait à sa vie sexuelle depuis 5 ans, et s'il emploie actuellement des moyens contraceptifs reconnus pour être efficaces en matière de prévention (méthode de contraception antérieure et actuelle, et nombre de partenaires) ; ce sont les variables dépendantes.

La deuxième partie est une échelle d'attitudes face au SIDA (Ionescu, 1987) comprenant 19 énoncés dont les réponses se font sur une échelle de type Likert en 7 points (1=désaccord total, 4= ni d'accord, ni en désaccord et 7=accord total). Les scores possibles vont de 19 à 133; 133 signifiant que le sujet a très peur du SIDA et

qu'il rejette fortement ceux qui en sont atteints. Cette échelle donne une idée globale de la réaction du sujet face au sida. Sa fidélité test-retest à trois semaines d'intervalle est excellente ($\alpha=.91$).

La troisième partie est une échelle d'attitudes face à l'homosexualité (Kite et Deaux, 1986). Elle comporte 21 énoncés auxquels les réponses sont données sur une échelle likert en 5 points (1=accord total, 3=ni d'accord, ni en désaccord et 5=désaccord total). Les scores possibles vont de 21 à 105, ce dernier score indiquant un degré d'homophobie très élevé (rejet de l'homosexualité). Cette échelle présente un haut degré de consistance interne ($\alpha = .93$), ce qui veut dire que l'instrument évalue des attitudes qui sont raisonnablement stables dans le temps; dans ce cas-ci: le comportement qu'adopterait le répondant face à un prétendu homosexuel. De plus la fidélité test-retest à un mois d'intervalle est bonne (.71).

La quatrième partie est un test de connaissances sur le SIDA (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1987) qui comporte 21 énoncés dont 18 sont cotés 0 ou 1 (vrais ou faux) et les trois derniers sont des questions ouvertes dont deux sont cotés 0, 1 ou 2 et l'une coté de 0 à 3. Les scores possibles se situent entre 0 et 25, 25 indiquant un niveau élevé de connaissances concernant le SIDA.

Deux échelles évaluent donc, respectivement, les attitudes face au sida et les attitudes face à l'homosexualité chez les répondants. De plus, le test de connaissances sida mesure le niveau d'information que possède les sujets en regard de la maladie. Le questionnaire de données personnelles, pour sa part, permet la sélection de l'échantillonnage et informe sur les comportements sexuels des sujets.

Déroulement de l'expérience

Dans un premier temps, des professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières furent rencontrés, pour chacun des trois domaines d'études visés (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration), dans le but d'obtenir l'autorisation d'aller se présenter dans leur salle de classe pour solliciter la participation des étudiants. Ceci s'est fait au cours du mois d'août 1990 et l'expérimentation comme telle s'est déroulée du 4 septembre au 12 septembre 1990.

Lors de la présentation du questionnaire en classe, les sujets furent informés qu'il s'agissait d'une recherche sur le sida, faite dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en psychologie. L'objectif précis, concernant la mesure des attitudes face à la maladie ne fut pas mentionnée pour éviter d'influencer les réponses. Le nombre d'étudiants par groupe variait entre 12 et 46. Leur participation fut sollicitée sur une base volontaire et il a été précisé que le questionnaire était anonyme. Les sujets furent aussi informés que les données recueillies seraient traitées de manière confidentielle et que leurs réponses seraient utilisées seulement à des fins de recherches scientifiques. De plus, deux consignes furent données aux sujets: ils devaient répondre d'une façon individuelle et n'omettre aucune question.

L'expérimentation a duré de vingt minutes à une demi-heure, période au cours de laquelle les sujets étaient assistés de deux expérimentateurs qui pouvaient répondre à leurs questions concernant le questionnaire. Celles-ci furent restreintes et avaient le plus souvent rapport à la compréhension de certains mots. Par exemple, à la question treize du questionnaire de données personnelles, les sujets étaient parfois embêtés par le mot: "chronique". L'interrogation était la suivante: qu'est-ce

que veut dire une maladie chronique? La réponse donnée par les expérimentateurs comprenait deux parties, une explicative: c'est une maladie qui dure longtemps, et une partie démonstrative à l'aide de quelques exemples (cancers, asthme, épilepsie, etc.) pour permettre au sujet une représentation concrète.

Les rares questions directement reliées aux échelles d'attitudes ou de connaissances dont l'explication aurait pu nuire à la mesure des attitudes ou des connaissances du sujet, étaient reformulées pour éviter d'orienter la réponse du sujet en l'aidant à saisir le sens de la question. Par exemple, pour la question 17 de l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité (L'acceptation croissante de l'homosexualité dans notre société favorise la détérioration de la morale), lorsqu'un sujet demandait le sens de cette affirmation, nous lui demandions si selon lui le fait que les homosexuels soient mieux acceptés en société diminuait le respect du bien et du mal. Ou pour la question numéro 11 du questionnaire de connaissances (On sait actuellement que tout "porteur sain" va faire la maladie), lorsqu'un sujet demandait: qu'est-ce qu'un porteur sain?, il recevait comme réponse que la question visait à connaître ses connaissances et qu'il pourrait recevoir une réponse après avoir remis son questionnaire. D'ailleurs, les expérimentateurs restaient disponibles pour une période de questions après la remise de tous les questionnaires.

Les 174 questionnaires retenus furent évalués en additionnant les scores bruts obtenus à chaque échelle d'attitudes (face au sida, face à l'homosexualité) et pour le test connaissances sida séparément. Les cotes du questionnaire de données personnelles ont aussi été enregistrées pour chacun des sujets. Les réponses aux questions numéro 17, 18 et 21 portant sur les méthodes contraceptives utilisées et le

nombre de partenaires sexuels, ont servi pour les analyses concernant les changements d'attitudes.

Chapitre III

Analyse des résultats

Le troisième chapitre est divisé en trois parties. La première présente les méthodes d'analyses utilisées pour vérifier les hypothèses de la recherche. La deuxième est consacrée aux résultats obtenus lors de l'expérimentation et dans la troisième partie est proposée une interprétation des résultats en fonction des hypothèses.

Méthodes d'analyse

Dans le but de vérifier les trois premières hypothèses de cette recherche, soit celles concernant la persistance des attitudes de peur face au sida, des attitudes négatives face à l'homosexualité et l'augmentation du niveau de connaissances face à la maladie, les moyennes (tableau 2) et les écarts-types (appendices C, D, E) des scores obtenus par les sujets aux trois épreuves ont été calculés pour chaque groupe à l'aide de la commande "BREAKDOWN". De plus, pour vérifier nos hypothèses d'interactions entre les années de recueil, les sexes et les programmes (variables dépendantes) des analyses de variances multifactorielles à trois voies $2 \times 2 \times 3$ (2 années de recueil par 2 sexes par 3 programmes) ont été faites pour vérifier les sources significatives de variation des résultats obtenus aux trois épreuves (l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et le test de connaissances sida). Ces analyses ont été exécutées à l'aide de la commande "ANOVA".

Des analyses de variances unifactorielles "ONEWAY" ont permis d'évaluer les différences entre les hommes et les femmes des trois concentrations (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration).

Pour vérifier la quatrième hypothèse, une analyse "CROSSTABS" a été effectuée pour identifier s'il s'était opéré des changements de comportement dans la vie sexuelle des sujets entre 1990 et 1987.

Les deux hypothèses de relation (hypothèses 5 et 6) concernant les attitudes de peur face au sida versus l'homophobie et le niveau de connaissances, ont été vérifiées à l'aide des corrélations de Pearson effectuées entre les différentes échelles et le test de connaissances sida (tableau 6).

Toutes les analyses de l'étude ont été effectuées à partir du logiciel S.P.S.S.-X. .

Présentation des résultats

Le tableau 2 présente les résultats moyens obtenus par les groupes aux différentes échelles pour 1987 et 1990. Ce tableau permet une vue d'ensemble sur les scores obtenus aux trois échelles.

À la lecture de ce tableau, nous constatons que l'évolution des attitudes entre 1987 et 1990 n'est pas homogène chez les différents groupes, que ce soit au niveau du sexe ou du programme d'études. Les attitudes de peur face au sida ont augmenté chez les hommes et diminué chez les femmes en psychologie; tandis qu'elles ont diminué chez les hommes et augmenté chez les femmes en sciences de

l'éducation. Pour les étudiants en gestion/administration, c'est chez les hommes qu'on observe une augmentation et chez les femmes une diminution. Pour l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, les résultats obtenus font ressortir une diminution de l'homophobie chez tous les groupes d'hommes. Par contre, chez les femmes on observe une augmentation des scores moyens obtenus. En ce qui concerne le test de connaissances, presque tous les groupes présentent une augmentation de leurs connaissances en 1990 comparativement aux résultats obtenus en 1987.

Tableau 2

Scores moyens obtenus par chacun des groupes aux différentes épreuves

Année de recueil	Groupe		Echelle attitudes SIDA	Echelle attitudes homosexualité	Test de connaissances
1987	psychologie	H	62,16	82,60	18,32
	psychologie	F	64,53	88,30	16,87
	sci. de l'éduc.	H	74,55	69,89	15,69
	sci. de l'éduc.	F	64,71	79,82	15,46
	gestion/adm.	H	69,26	67,81	16,23
	gestion/adm.	F	70,35	76,77	17,55
1990	psychologie	H	62,48	76,64	17,92
	psychologie	F	62,13	90,20	18,57
	sci. de l'éduc.	H	73,27	65,07	15,93
	sci. de l'éduc.	F	66,36	84,86	16,61
	gestion/adm.	H	71,22	66,26	18,00
	gestion/adm.	F	66,55	77,26	17,26

C'est seulement chez les hommes en psychologie et les femmes en gestion/administration qu'on observe une légère diminution des connaissances face au sida, soulignons qu'en 1987 ces deux groupes présentaient des scores très élevés à cette échelle, se différenciant de tous les autres groupes. Peut-être que certains sujets de ces deux groupes (hommes en psychologie et femmes en gestion/administration) avaient des connaissances particulièrement élevées, ce qui a pu modifier les moyennes en les augmentant de manière significative.

Afin de vérifier la première hypothèse concernant la stabilité des attitudes de peur face au sida entre 1990 et 1987, le tableau 3 présente l'analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida selon les années de recueil des résultats, le sexe et les programmes.

Tableau 3
Analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au
sida selon l'année de recueil, le sexe et le programme

Source de variation	dl	Moyenne des carrés	F	P
Effets principaux	4	1058.605	6.408	< .001
Année de recueil (AR)	1	36.045	.218	= .641
Sexe	1	818.970	4.957	= .027
Programme	2	1609.599	9.743	< .001
Interactions	5	283.931	1.719	= .130
AR-Sexe	1	83.295	.504	= .478
AR-Prog.	2	12.463	.075	= .927
Sexe-Prog.	2	654.130	3.960	= .020
AR-Sexe-Prog.	2	143.111	.866	= .421
	347			

À la lecture de ce tableau, nous constatons que les résultats ne révèlent aucun effet "années de recueil" significatif. Donc, les résultats présentés dans le tableau 3 vérifient en partie l'hypothèse 1 en montrant que l'année de recueil des résultats à l'échelle d'attitudes face au sida n'est pas une source de variation significative. C'est-à-dire, qu'en 1990 les attitudes de peur face au sida n'ont pas significativement changé par rapport aux résultats de 1987 (voir figure 1). Cependant, cette analyse révèle un effet sexe ($F = 4.957$, $p = .027$) comme source de variation significative. Cela démontre que les hommes et les femmes diffèrent dans

leurs attitudes de peur face au sida. Toutefois, l'analyse "ONEWAY" révèle que ce n'est que chez les étudiants et étudiantes en sciences de l'éducation qu'il y a une différence significative et ce, pour les deux années de recueil. En effet, en 1987, il existait une différence significative ($F = 5.18$, $dl = 1$, $p = .0268$) entre les hommes et les femmes et on retrouve la même en 1990 ($F = 5.32$, $dl = 1$, $p = .0249$). Un effet programme ($F = 9.743$, $p < .001$) révèle que ce facteur est une source de variation très significative. Ceci démontre que les attitudes face au sida ne sont pas les mêmes chez les étudiants des trois programmes (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration) et une interaction sexe x programme ($F = 3.960$, $p = .020$) révèle que ces deux facteurs sont des sources de variation significative et qu'elles influencent les résultats. Cela est relié au fait que les hommes en sciences de l'éducation et en gestion administration ont plus peur du sida que les femmes de ces mêmes groupes et que ce sont les hommes en sciences de l'éducation qui ont le plus peur. Tandis que les étudiants, hommes et femmes, en psychologie sont ceux qui ont le moins peur. L'hypothèse 1 est donc vérifiée dans sa première partie seulement.

La figure 1, faite à l'aide des scores moyens obtenus par les groupes à l'échelle d'attitudes face au sida, aide à visualiser le peu de changements entre les scores de 1990 et ceux de 1987. De plus, elle expose l'effet sexe, l'effet programme et l'interaction sexe x programme précédemment mentionnés. En effet, on peut visualiser l'écart marqué des moyennes entre les hommes et les femmes en sciences de l'éducation. On peut aussi observer que ce sont les étudiants en psychologie qui présentent moins de peur face au sida.

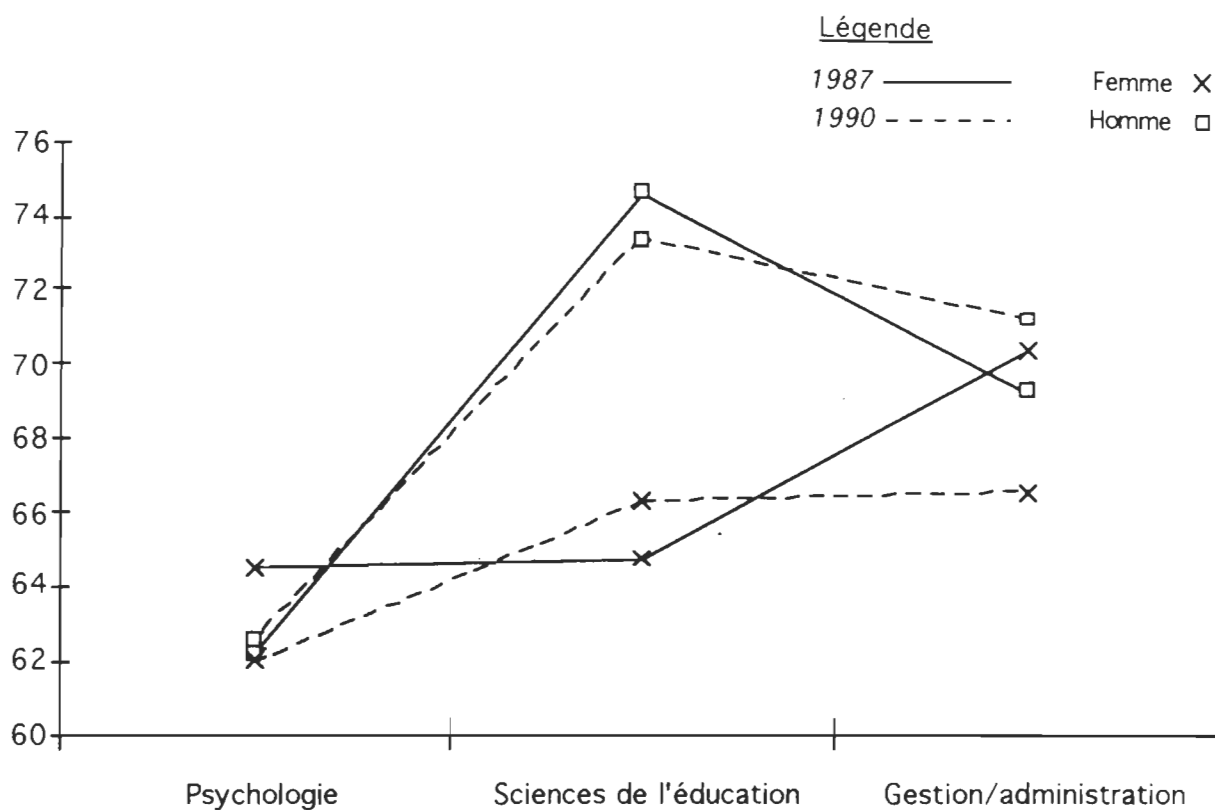


Fig.1- Scores moyens obtenus à l'Échelle d'attitudes face au sida selon l'année de recueil, le sexe et le programme d'études

La deuxième hypothèse en rapport avec la persistance des attitudes négatives face à l'homosexualité entre 1990 et 1987 est vérifiée à l'aide de l'analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil, le sexe et le programme.

Tableau 4

Analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil, le sexe et le programme

Source de variation	dl	Moyenne des carrés	F	P
Effets principaux	4	5478.4000	25.250	< .001
Année de recueil (AR)	1	44.184	.204	= .652
Sexe	1	11420.124	52.635	< .001
Programme	2	4750.610	21.895	< .001
Interactions	5	285.498	1.316	= .257
AR-Sexe	1	898.384	4.141	= .043
AR-Prog.	2	30.593	.141	= .869
Sexe-Prog.	2	243.777	1.124	= .326
AR-Sexe-Prog.	2	123.894	.571	= .565
	347			

Le tableau 4 rapporte les résultats de cette analyse. Celle-ci ne révèle aucun effet "année de recueil" significatif. Cela indique que ce facteur n'influence pas les résultats obtenus à l'échelles d'attitudes face à l'homosexualité. Donc, les attitudes face à l'homosexualité n'ont pas significativement changé entre 1987 et 1990 (voir figure 2). Par contre, un effet sexe ($F = 52.635$, $p < .001$), un effet programme ($F = 21.895$, $p < .001$) et une interaction année de recueil x sexe ($F = 4.141$, $p = .043$) sont observés comme sources de variation significatives. L'effet sexe

correspond au fait que les hommes des trois programmes sont moins homophobes que les femmes.

En fait, lorsqu'on compare, à l'aide de la commande "ONEWAY", les étudiants et étudiantes des trois concentrations, on obtient des différences significatives pour l'année 1990. En psychologie la probabilité est significative à $p = .0018$ ($F = 10.83$, $dl = 1$), en sciences de l'éducation elle est très significative ($F = 25.3$, $dl = 1$, $p < .001$) et en gestion/administration elle est aussi significative ($F = 10.11$, $dl = 1$, $p = .0023$). L'interaction année de recueil x sexe, correspond au fait que les hommes de 1990 sont moins homophobes qu'en 1987, comparativement aux femmes qui sont plus homophobes en 1990 qu'elles ne l'étaient en 1987. L'hypothèse 2 est donc vérifiée dans sa première partie seulement.

La figure 2, réalisée à partir des scores moyens obtenus par les groupes à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité présente la faible modification des résultats enregistrés en 1990 comparativement à ceux de 1987. On peut aussi constater l'effet sexe, l'effet programme et l'interaction année de recueil x sexe révélée par l'analyse de variance. La courbe en pointillés représentant les scores de notre échantillon suit un tracé très proche de celui de l'échantillon de 1987. Rappelons qu'aucune différence significative n'a été relevée. Il est intéressant de noter que les courbes des hommes et des femmes ont tendance à s'éloigner pour l'année de recueil 1990.

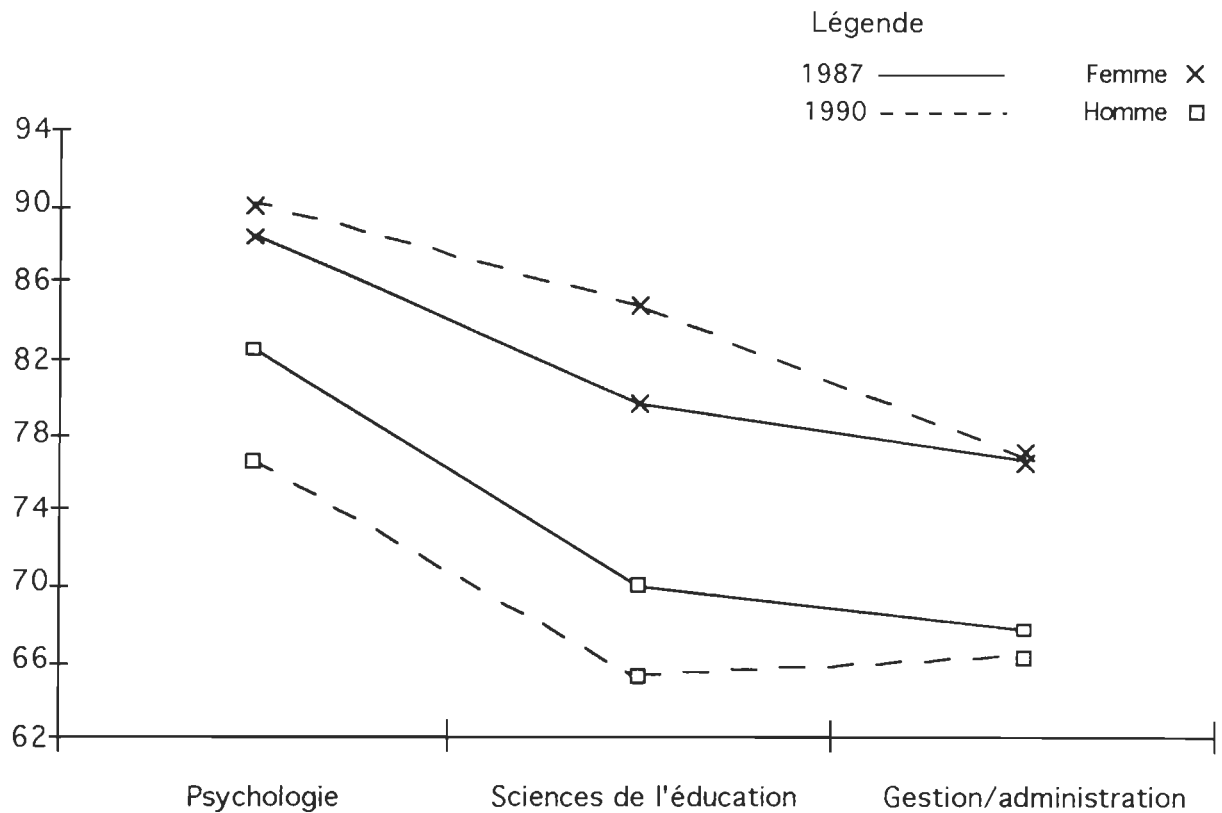


Fig.2- Scores moyens obtenus à l'Échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil, le sexe et le programme d'études

La troisième hypothèse qui mentionne que le niveau des connaissances est supérieur en 1990 comparativement à 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études, est vérifiée à l'aide de l'analyse de variance des scores obtenus au test de connaissances sida selon l'année de recueil, le sexe et le programme. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 5.

Ces résultats démontrent des effets significatifs de variation pour l'année de recueil ($F = 4.972$, $p = .026$), le programme ($F = 12.478$, $p < .001$) et une interaction année de recueil x sexe x programme ($F = 3.698$, $p = .026$). L'effet année

de recueil correspond au fait que les étudiants de 1990 ont globalement plus de connaissances en ce qui a trait au sida comparativement aux étudiants ayant répondu au questionnaire en 1987 (voir figure 3).

Tableau 5
Analyse de variance des scores obtenus au test de connaissances sida
selon l'année de recueil, le sexe et le programme

Source de variation	dl	Moyenne des carrés	F	P
Effets principaux	4	68,933	7,513	< ,001
Année de recueil (AR)	1	45,621	4,972	= ,026
Sexe	1	,225	,025	= ,876
Programme	2	114,490	12,478	< ,001
Interactions	5	1,875	,204	= ,961
AR-Sexe	1	1,035	,113	= ,737
AR-Prog.	2	,027	,003	= ,997
Sexe-Prog.	2	4,136	,451	= ,638
AR-Sexe-Prog.	2	33,927	3,698	= ,026
	347			

L'effet programme correspond au fait que les étudiants des trois programmes ne présentent pas un même niveau d'augmentation en matière de connaissances. En effet, ce sont les étudiants en sciences de l'éducation qui ont les scores moyens les plus bas. L'interaction année de recueil x sexe x programme est

relié au fait que les groupes d'étudiants présentent presque tous une augmentation de connaissances, cependant, cette augmentation est plus marquée chez les femmes en psychologie, en sciences de l'éducation et chez les hommes en gestion/administration. L'hypothèse est donc vérifiée dans sa première partie seulement.

La figure 3, présentant les scores moyens obtenus par les différents groupes au test de connaissances sur le sida, démontre l'effet année de recueil, c'est-à-dire une augmentation des scores en 1990 par rapport à ceux de 1987.

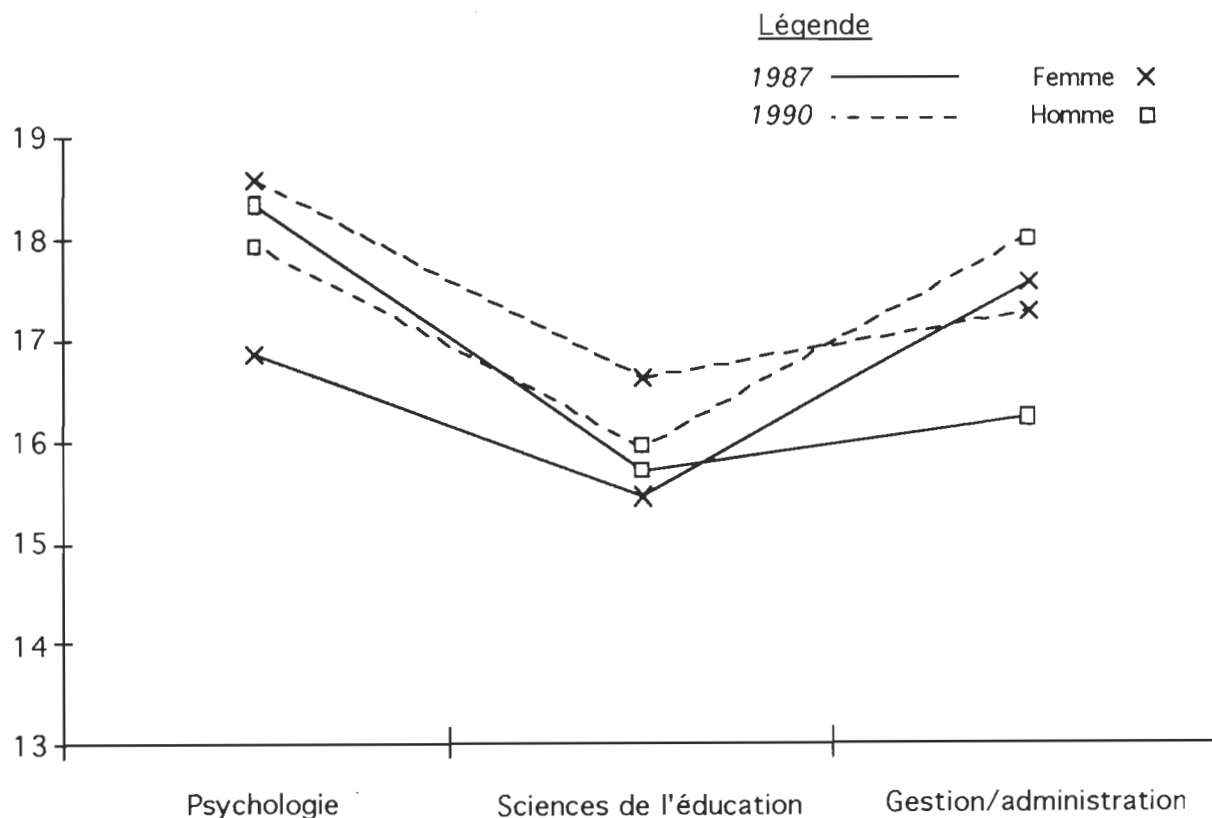


Fig.3- Scores moyens obtenus au test de connaissance sida selon l'année de recueil, le sexe et le programme d'études

De plus, cette figure illustre l'effet programme et l'interaction année de recueil x sexe x programme trouvés à l'aide de l'analyse de variance. Les hommes en psychologie et en sciences de l'éducation ont des scores en 1990 proches de ceux de 1987. Par contre, en gestion/administration les hommes ont en 1990 nettement plus de connaissances qu'en 1987. À l'inverse pour les femmes c'est en gestion/administration que les scores sont les plus semblables en 1990 par rapport à 1987.

L'hypothèse 4 concernant l'invariabilité des comportements sexuels a été vérifiée à l'aide de la procédure "CROSSTABS". En effet, afin de comparer l'éventail des réponses aux questions numéros 17, 18 et 21, nous avons utilisé le Chi carré. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6

Résultats du chi carré concernant les méthodes contraceptives et le nombre de partenaires sexuels selon l'année de recueil

	Chi carré	dl	P
Méthodes contraceptives	.6766	2	.7130
Nombre de partenaires sexuels	6.6952	4	.1529

On peut constater à la lecture de ce tableau que les résultats obtenus ne démontrent pas de différence significative au niveau des méthodes contraceptives

(Chi carré = .6766, dl:2, p=.7130) . Pour le nombre de partenaires sexuels, les résultats ne sont pas significatifs non plus (Chi carré = 6.6952, dl:4, p= .1529). Cela indique que les étudiants n'ont pas changé de méthode de contraception et qu'ils ne sont ni plus ni moins actifs. Cette hypothèse est donc retenue.

La cinquième hypothèse stipule qu'un haut niveau de connaissances est en relation avec des attitudes de peur face au sida. Le tableau 7, présente les intercorrélations calculées à partir des scores obtenus par l'ensemble des sujets de chaque année de recueil des données (1987 et 1990) aux différentes épreuves. À la lecture du tableau 7, on constate qu'il existe effectivement une corrélation négative significative entre les attitudes face au sida et le test de connaissances en 1990 ($r = -.2003$, $p = .004$), tandis qu'en 1987, cette relation entre les attitudes face au sida et le score au test de connaissances n'était pas significative ($r = -.0513$, $p = .0513$). Cette hypothèse est donc retenue.

La sixième hypothèse stipule que la relation entre les scores à l'Echelle d'attitudes face à l'homosexualité et les scores à l'Echelle d'attitudes face au sida n'auront pas changé entre 1987 et 1990. Au tableau 7, on constate que la relation négative entre les attitudes face au sida et les attitudes d'homophobie est restée significativement la même. L'hypothèse est donc retenue. En 1987, elle était de ($r = -.5045$, $p < .001$) et en 1990 elle est de ($r = -.3766$, $p < .001$). Ceci indique une persistance de la relation entre la peur face au sida et l'homophobie. On note quand même une tendance à la diminution de la corrélation.

Tableau 7

Intercorrélations calculées à partir des scores obtenus aux deux échelles (attitudes sida, attitudes homosexualité) et au test de connaissances sida pour l'ensemble des sujets de 1987 et 1990 (n=174)

	1987		1990	
	<u>Atti. homo.</u>	<u>Test conn.</u>	<u>Atti. homo.</u>	<u>Test conn.</u>
<u>Att. sida</u>	-.5045 (p<.001)	-.0513 (n.s.)	-.3766 (p<.001)	-.2003 (p=.004)
<u>Att. homo.</u>		.1814 (p=.008)		.3154 (p<.001)

À titre exploratoire, d'autres corrélations ont été effectuées entre le test de connaissances et les deux échelles. Ces analyses, qu'on retrouve aussi dans le tableau 7, révèlent une relation positive entre les attitudes face à l'homosexualité et le niveau de connaissances face au sida. En 1987 elle était de ($r = .1814$, $p = .008$) et en 1990 elle est encore plus forte ($r = .3154$, $p < .001$).

Interprétation des résultats

L'interprétation des résultats porte sur l'évolution des attitudes face au sida entre 1990 et 1987, tel que formulé dans les hypothèses. Ceci est mesuré pour les attitudes de peur face au sida (hypothèse 1), les attitudes face aux homosexuels (hypothèse 2), le niveau de connaissances (hypothèse 3), les pratiques sexuelles (hypothèse 4), la relation entre les attitudes face aux homosexuels et les attitudes face au sida (hypothèse 5) et la relation entre le niveau de connaissances et les attitudes de peur face au sida (hypothèse 6). Il importe de souligner que les trois premières

hypothèses tiennent compte de l'effet de l'année de recueil, du sexe et du programme d'études sur les résultats obtenus à ces trois échelles.

La première hypothèse qui mentionne que les attitudes de peur face au sida, ne sont pas différentes en 1990 comparativement à 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études, est vérifiée en partie par l'analyse de variance présentée au tableau 3. Ces résultats, permettent de constater que les années de recueil des données n'ont pas d'effet significatif ($F = .218$, n.s.) sur les scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida. C'est-à-dire, qu'en 1990 les étudiants n'ont pas significativement moins peur du sida qu'en 1987 et qu'ils rejettent autant les personnes atteintes. Les résultats moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida (tableau 2) par les différents groupes d'étudiants font état de peu de changements en terme de diminution des attitudes de peur et de rejet face aux personnes atteintes. Cependant l'effet sexe ($F = 4.957$, $p = .027$) et l'effet programme ($F = 9.743$, $p < .001$) révèlent que les hommes et les femmes -particulièrement en sciences de l'éducation- diffèrent dans leurs attitudes de peur face au sida (figure 1). En effet, des analyses "ONEWAY" ont démontré que ce sont les étudiants et étudiantes en sciences de l'éducation qui sont significativement différents dans leurs attitudes. La figure 1, démontre que ce sont les hommes en sciences de l'éducation qui entretiennent le plus de craintes face à la maladie que ce soit en 1987 ou en 1990. De plus, on constate qu'en 1987, les femmes en psychologie présentaient plus d'attitudes négatives face à la maladie que les hommes de ce même programme; mais qu'en 1990 ce sont les hommes qui présentent un peu plus de crainte que les femmes; tandis que ce sont les hommes en gestion/ administration de 1990 qui ont plus peur que leurs collègues féminins, comparativement aux résultats de 1987.

Ceci revient à dire que les attitudes de peur face au sida n'ont pas significativement évolué depuis 1987, que les hommes de notre échantillon présentent plus d'attitudes de peur face à la maladie et de rejet face aux personnes atteintes comparativement aux femmes et que ce sont les hommes en sciences de l'éducation qui sont plus négatifs dans leurs attitudes .

Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Simkins et Kushner (1986) qui n'ont obtenu que de faibles modifications chez les hétérosexuels hommes et femmes en terme d'évolution des attitudes. Leurs résultats démontraient aussi plus de préoccupations face à la maladie chez les hommes que chez les femmes.

Le fait que les hommes se sentent plus concernés et qu'ils réagissent plus négativement face aux personnes atteintes peut être relié au déroulement des événements en rapport avec l'apparition des premiers cas de sida. Comme en fait état le contexte théorique de cette recherche, ce sont des hommes (homosexuels mâles), jeunes (entre 29 et 36 ans) qui ont d'abord été identifiés comme atteints du sida. Les statistiques enregistrées par l'OMS font aussi état d'un grand nombre d'hommes atteints, comparativement aux femmes dont le nombre augmente, mais qui ne représente encore aujourd'hui qu'un faible pourcentage des cas enregistrés (OMS, 1992). La persistance dans les attitudes de peur, porte à croire que les gens se sentent encore impuissants face à cette maladie et ce, malgré les nombreuses campagnes d'information sur les moyens de prévention. Probablement que le lien étroit entre cette maladie, la sexualité et la mort n'est pas étranger à la persistance des préjugés. De plus, le fait d'entretenir certains préjugés face à la maladie semble permettre aux gens de prendre une distance par rapport à leurs responsabilités

individuelles en ce qui concerne la propagation de la maladie. De cette façon ils attribuent la faute à autrui. En ce sens, certains groupes (homosexuels, haïtiens, toxicomanes) sont encore aujourd'hui, considérés comme des groupes à "plus grands risques". Pourtant, l'apparition de cas dans d'autres groupes (hémophiles, hétérosexuels, enfants, etc.) ont démontré qu'il n'y a personne à l'abri, qu'il y a seulement des conduites à risque.

L'hypothèse 2 stipule que les attitudes face à l'homosexualité sont les mêmes en 1990, comparativement à celles observées en 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études. Cette hypothèse est vérifiée dans sa première partie seulement, puisque les résultats de l'analyse de variance (tableau 4), ne révèlent pas d'effet année de recueil ($F = .204$, n.s.). Cela démontre que les attitudes négatives face à l'homosexualité ne sont pas une source significative de variation des résultats obtenus, lorsque l'on compare les résultats de 1990 avec ceux de 1987. On peut donc en conclure que les étudiants ne sont pas significativement moins homophobes en 1990. Cependant l'effet sexe ($F = 52.635$, $p < .001$), l'effet programme ($F = 21.895$, $p < .001$) et l'interaction année de recueil x sexe ($F = 4.141$, $p = .043$) démontrent que le degré d'homophobie a augmenté chez les femmes et diminué chez les hommes en 1990 (figure 2), comparativement aux résultats obtenus en 1987. De plus, les résultats font état d'une différence significative entre les programmes d'études. Cette différence démontre que ce sont les femmes en psychologie qui sont les plus homophobes, suivies de près par les femmes en sciences de l'éducation, tandis que les femmes en gestion/administration présentent moins d'attitudes négatives face à l'homosexualité. Donc, comme en 1987, en 1990 ce sont les femmes qui sont plus homophobes.

Ces résultats ne s'accordent pas avec ceux de Simkins et Kushner (1986) qui mentionnent que les hommes hétérosexuels sont plus homophobes que les femmes hétérosexuelles. L'augmentation des attitudes négatives face à l'homosexualité chez notre population de femmes peut être due au maintien de préjugés face aux homosexuels qui représentent une menace de contamination. Cela est d'autant plus vrai chez une population jeune (21-30 ans), qui est souvent plus active au plan sexuel, moins établie en couple et ayant plusieurs partenaires. Plusieurs autres auteurs (Hansen, 1982; Young et Whertvine, 1982; Price, 1982; Bouton et al., 1987; Grieger et Ponterotto, 1988; Bouton et al., 1989;) font état d'une différence entre les hommes et les femmes en terme d'attitudes face à l'homosexualité. Leurs résultats démontrent que les hommes sont plus homophobes que les femmes. Selon eux, cela est relié aux faits que les hommes voient leurs attributs masculins menacés par les préjugés que véhicule la société face à l'homosexualité. Comme l'a mentionné Bourdelais (1989), les gens ont souvent comme réaction face à un fléau nouveau d'isoler un bouc-émissaire. En ce qui concerne le sida, ce sont les homosexuels qui furent d'abord identifiés comme "responsables". Les premiers noms attribués à la maladie («gay pneumonie», «gay cancer», etc.) en sont la preuve. Mais comme le démontrent nos résultats, les hommes de notre échantillon entretiennent moins de haine envers les homosexuels que les femmes. Cela peut être relié au fait que ces derniers sont mieux informés, plus concernés et qu'ils peuvent se protéger par l'utilisation du condom. Tandis que les femmes, malgré leurs connaissances ne peuvent pas vraiment se protéger sans la collaboration de leurs partenaires sexuels.

L'hypothèse 3 mentionne que le niveau des connaissances concernant la maladie est plus élevé en 1990 que celui mesuré en 1987, indépendamment du sexe et du programme d'études, compte tenu de la plus grande diffusion des informations au cours des trois dernières années. Cette hypothèse est vérifiée dans sa première partie seulement, puisque l'analyse de variance (tableau 5) révèle un effet année de recueil ($F= 4.972$, $p= .026$) qui fait état de l'augmentation des scores moyens obtenus au test de connaissances chez presque tous les groupes (tableau 2 et figure 3). Le programme d'études est aussi une source de variation très significative ($F=12.478$, $p< .001$) et l'interaction année de recueil x sexe x programme ($F= 3.698$, $p= .026$) fait état de l'augmentation du niveau des connaissances chez les étudiants de 1990, comparativement à ceux de 1987, des différences entre les hommes et les femmes et entre les programmes d'études. Ceci s'explique du fait que les femmes en psychologie et en sciences de l'éducation présentent une augmentation plus marquée de leurs connaissances comparativement aux hommes des mêmes programmes et que les hommes en gestion/administration ont plus de connaissances en 1990 que les femmes de cette même concentration. En effet, une légère diminution des scores moyens, au test de connaissances, est observée chez les hommes en psychologie et les femmes en gestion/administration en 1990, comparativement aux résultats enregistrés pour ces deux groupes en 1987. Le niveau de connaissances sensiblement plus élevé de quelques sujets peut, peut-être, avoir provoqué l'augmentation significative des moyennes de ces deux groupes en 1987. De plus, les étudiants en sciences de l'éducation sont ceux qui possèdent moins de connaissances face au sida comparativement aux étudiants des deux autres concentrations (figure 3).

Ces résultats démontrent que les campagnes d'information ont eu un impact positif sur l'acquisition de connaissances chez notre population étudiante. Cependant, on constate que les femmes en psychologie et en sciences de l'éducation semblent plus réceptives que les hommes de ces concentrations. Tandis que les hommes en gestion/administration sont plus réceptifs que les femmes de ce programme. Les causes de ces différences au niveau du sexe et du programme sont difficiles à identifier parce qu'elles peuvent être provoquées par des facteurs non étudiés ici. Toutefois, les résultats obtenus aux deux hypothèses précédentes (hypothèse 1 et 2), permettent d'avancer certaines hypothèses en ce qui concerne ces résultats. Entre autres, le fait que les hommes se sentent plus menacés et plus concernés par la maladie peut influencer leur capacité à intégrer l'information. La peur peut rendre l'acquisition de nouvelles connaissances face au sida plus difficile parce que l'individu cherche à éviter tout ce qui parle de l'objet de sa peur (retrait défensif). De plus, le choix d'un programme d'études peut être influencé par les valeurs que privilégie l'individu et les caractéristiques qu'il attribue à cette concentration, tout comme le sont ses attitudes face à la maladie.

L'hypothèse 4 concernant la non-modification des pratiques sexuelles des hommes et des femmes (méthodes contraceptives et nombre de partenaires sexuels), en 1990 comparativement à 1987, est retenue, puisque les résultats obtenus en 1990 ne présentent aucune différence significative avec ceux recueillis en 1987.

Ceci nous indique que les étudiants n'ont pas changé de comportement, que ce soit en matière de contraception ou en ce qui concerne le nombre de leurs partenaires sexuels. Ce qui veut dire qu'ils ne se protègent pas plus qu'il y a trois

ans. Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Clift et Stears (1988), qui n'ont identifié aucun changement de comportement sexuel dans leur population d'étudiants. La non-modification de ces comportements, contredit le fait que les attitudes de peur sont demeurées les mêmes et que les connaissances face à la maladie ont augmenté. En effet, le fait de percevoir le danger et d'être mieux informés devrait permettre aux étudiants d'opérer des changements dans leurs comportements sexuels en vue de mieux se protéger face au risque de contracter le virus. Pourtant aucun changement dans leur comportement n'est mis en évidence. Toutefois, comme les attitudes négatives face à l'homosexualité n'ont pas significativement changé, on peut croire qu'elles sont à l'origine du manque de prise en charge individuelle en matière de protection. Les gens attribuent le danger à un autre groupe d'individus, par le fait même ils ne perçoivent plus le danger et il ne sont plus en mesure de poser des gestes concrets de prévention. Pourtant, il a été démontré que la maladie se propage sans discrimination et que, de plus en plus, des hétérosexuels hommes et femmes sont atteints.

Selon Temoshok et al. (1987), les changements de comportement se font en fonction de la menace et non pas grâce à la perception appropriée du risque. En ce qui concerne notre population, cela pourrait vouloir dire que le faible pourcentage de personnes hétérosexuelles atteintes au Québec rend les étudiants moins vigilants en matière de protection. De plus, comme les comportements de prévention impliquent l'utilisation du condom et la pratique du sécurisexe, cela peut éveiller de nombreux préjugés.

L'hypothèse 5 qui mentionne qu'il existe une relation négative entre un haut niveau de connaissances et des attitudes de peur face au sida est retenue. En

effet, les résultats obtenus démontrent qu'il existe en 1990, une relation négative entre le niveau de connaissances des étudiants et leurs attitudes de peur face au sida ($r = -.2003$, $p = .004$). Cette intercorrélacion signifie que plus le niveau de connaissances des sujets de 1990 est élevé, moins ils ont peur. Comme cette relation n'avait pas été mise en évidence en 1987 ($r = -.0513$, n.s.) tout porte à croire que l'acquisition de nouvelles connaissances permet aux étudiants d'avoir quand même moins d'appréhension face au sida.

L'hypothèse 6 concernant la stabilité de la corrélation entre l'échelle d'attitudes face au sida versus l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité est retenue. Les résultats obtenus démontrent que la relation entre ces deux échelles est demeurée négative en 1990 ($r = -.3766$, $p < .001$). Cela signifie que moins les étudiants ont peur du sida, plus ils sont homophobes. Comme mentionné précédemment dans le texte, cela peut découler du fait que les étudiants ont tendance à attribuer la responsabilité à autrui, dans ce cas-ci aux homosexuels, ce qui a pour effet de les déculpabiliser et d'écarter la menace.

En complément à ces résultats, une intercorrélacion positive entre l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et le test de connaissances fut mise en évidence pour 1987 et 1990. En 1987 la corrélation obtenue était de ($r = .1814$, $p = .008$); tandis qu'en 1990 elle est encore plus forte ($r = .3154$, $p < .001$). Cela renforce l'hypothèse précédente en démontrant que plus les étudiants possèdent de connaissances, plus ils ont des attitudes négatives face à l'homosexualité.

Conclusion

Cette recherche a pour objectif de vérifier si les attitudes face au sida ont évolué au cours des trois années qui séparent notre expérimentation (1990) de celle faite par Ionescu (voir: Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989). Les facteurs considérés sont: les craintes face à la maladie, l'homophobie, le niveau des connaissances face au sida et les comportements sexuels privilégiés. Les relations entre ces différentes variables sont aussi étudiées. L'absence de recherche longitudinale dans ce domaine compte tenu de l'apparition relativement récente de la maladie, le nombre restreint des recherches transversales, leurs différences au niveau des méthodologies employées et des résultats obtenus, motivent l'objet de cette recherche.

Dans le but d'étudier l'évolution des attitudes face au sida, 174 étudiants(es), de l'Université du Québec à Trois-Rivières furent sélectionnés en fonction de leur orientation sexuelle (hétérosexualité), de leur sexe (homme, femme), de leur programme d'études (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration), de leur âge (21 à 30 ans) et de leur origine (québécoise). Cet échantillon répond aux mêmes critères de sélection que celui recruté par Ionescu en 1987 (Ionescu et Jourdan-Ionescu 1989). Les résultats enregistrés en 1990 ont été comparés à ceux de 1987.

En résumé, les résultats obtenus pour l'ensemble de la population démontrent que les attitudes de peur face au sida sont demeurées stables depuis 1987. Par contre, en 1990, les hommes entretiennent plus de peurs comparativement aux femmes. En effet, les hommes en gestion /administration et,

encore plus, en sciences de l'éducation présentent plus d'attitudes négatives face au sida que les femmes de ces concentrations. Tandis que les étudiants en psychologie sont ceux qui présentent le moins de craintes. En ce qui a trait aux attitudes face à l'homosexualité, elles sont demeurées les mêmes qu'en 1987 pour l'ensemble de l'échantillon. Cependant, on observe une diminution de l'homophobie chez les hommes et une augmentation chez les femmes en 1990, pour les trois programmes d'études. Le niveau des connaissances face au sida a augmenté pour l'ensemble de la population en 1990. Ce sont les femmes en psychologie, en sciences de l'éducation et les hommes en gestion/administration qui ont acquis le plus de connaissances concernant la maladie, au cours des trois dernières années. Aucun changement de comportement n'est mis en évidence en ce qui concerne les pratiques sexuelles (méthodes contraceptives et nombre de partenaires sexuels). De plus, les hypothèses de relation font ressortir que plus les étudiants sont informés moins ils ont peur, mais les attitudes de haine face aux homosexuels persistent.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Simkins et Kushner (1986) qui n'ont identifié qu'une faible modification des attitudes face au sida chez les hétérosexuels hommes et femmes entre 1984 et 1986. En ce qui a trait au maintien des attitudes négatives face à l'homosexualité, à l'augmentation des connaissances, et à la non évolution des comportements sexuels en vue d'une protection accrue, nos résultats sont en accords avec ceux de Clift et Stears (1988). Cependant, la diminution au niveau des attitudes de peur et de rejet face aux personnes atteintes rapportée par ces auteurs ne se retrouve pas chez notre population. Cela peut être relié au fait que la peur est relativement faible chez notre population. De plus, les nouvelles connaissances acquises peuvent nuirent à la

diminution des craintes, parce qu'elles permettent de voir l'ampleur des problèmes soulevés par le sida. Entre autres, l'incurabilité de la maladie, l'incubation indéterminée du virus, le manque de moyens thérapeutiques et surtout la perte de liberté au plan sexuel. Cette façon de réagir à la maladie peut être associée au deuxième stade du modèle général de Temoshok et al. (1987), qui mentionnent que la peur ne diminue pas nécessairement avec l'augmentation des connaissances.

Toutefois, certains résultats permettent d'entrevoir des changements progressifs pour les années à venir. Entre autres, le fait qu'en 1990, les étudiants qui ont acquis plus de connaissances sur le sida ont moins peur du sida. Cette relation n'avait pas été mise en évidence en 1987. Cela démontre que l'acquisition de nouvelles connaissances a un impact sur les attitudes de rejet face aux personnes atteintes et sur la peur face à la maladie. De plus, la diminution, en 1990, de la corrélation entre l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité (tableau 7) qui signifie que moins les étudiants ont peur plus ils sont homophobes, peut laisser entrevoir qu'avec le temps les attitudes de rejet face à l'homosexualité peuvent s'atténuer encore davantage.

Toutefois, l'ensemble des résultats confirme le fait que les attitudes se modifient très lentement à travers le temps. Enfin, notre recherche permet de confirmer le besoin d'éducation face à l'homosexualité et à la responsabilité de chacun dans la lutte contre cette maladie.

Les changements observés, de plus, permettent d'entrevoir de nouvelles avenues de recherche. En effet, pour mieux comprendre la persistance des attitudes négatives face au sida, les prochaines études, longitudinale ou transversale,

pourraient analyser davantage la perception des gens face au risque de contracter le virus et les attitudes face aux mesures de protection. Ceci dans le but d'identifier des moyens nouveaux pour informer et éduquer la population.

Appendice A

Description de l'échantillon de 1987

Tableau 8
Description de l'échantillon de 1987

Groupe	Programme	sexe	Nombre de sujets	Age moyen
Q-1	psychologie	H	25	23,60
Q-2	psychologie	F	30	24,07
Q-3	sciences de l'éducation	H	29	23,00
Q-4	sciences de l'éducation	F	28	22,11
Q-5	gestion/administration	H	31	22,65
Q-6	gestion/administration	F	31	22,61

Appendice B

Description des niveaux de scolarité des échantillons de 1987 et 1990 selon le programme d'études

Tableau 9
Description des niveaux de scolarité des échantillons de
1987 et 1990 des étudiants en psychologie

		Certificat	Baccalauréat	Maîtrise
1987	Hommes	1	17	7
	Femmes	1	20	9
1990	Hommes	1	18	6
	Femmes	1	20	9

Tableau 10

Description des niveaux de scolarité des échantillons de
1987 et 1990 des étudiants en sciences de l'éducation

		Certificat	Baccalauréat	Maitrise
1987	Hommes		29	
	Femmes		28	
1990	Hommes	1	28	
	Femmes	1	27	

Tableau 11
Description des niveaux de scolarité des échantillons de
1987 et 1990 des étudiants en gestion/administration

		Certificat	Baccalauréat	Maîtrise
1987	Hommes	2	29	
	Femmes	6	25	
1990	Hommes	1	30	
	Femmes	2	29	

Appendice C

Moyennes et écarts-types pour l'Echelle Attitudes face au
SIDA 1987 et 1990

Tableau 12
Moyennes et écarts-types obtenus à l'échelle attitudes face au sida en 1987 et 1990
pour les trois programmes et les deux sexes

	<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>		<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>
<u>Année 1987</u>	67,77	14,76	174	<u>Année 1990</u>	67,13	11,70	174
Psychologie	63,45	13,36	55	Psychologie	62,29	10,93	55
Hommes	62,16	14,33	25	Hommes	62,48	12,32	25
Femmes	64,53	12,63	30	Femmes	62,13	9,83	30
Sci. Education	69,72	16,92	57	Sci. Education	69,88	11,75	57
Hommes	74,55	16,77	29	Hommes	73,27	9,33	29
Femmes	64,71	15,84	28	Femmes	66,36	13,07	28
Gestion/Adm.	69,81	13,15	62	Gestion/Adm.	68,89	11,17	62
Hommes	69,26	12,88	31	Hommes	71,22	13,44	31
Femmes	70,35	13,66	31	Femmes	66,55	7,85	31

Appendice D

Moyennes et écarts-types pour l'Echelles Attitudes face a
l'homosexualité 1987 et 1990

Tableau 13
Moyennes et écarts-types obtenus à l'échelle attitudes face à l'homosexualité en 1987 et 1990
pour les trois programmes et les deux sexes

	<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>		<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>
<u>Année 1987</u>	77,34	16,35	174	<u>Année 1990</u>	76,63	17,03	174
Psychologie	85,71	13,27	55	Psychologie	84,04	16,54	55
Hommes	82,60	15,04	25	Hommes	76,64	17,88	25
Femmes	88,30	11,21	30	Femmes	90,20	12,59	30
Sci. Education	74,77	16,29	57	Sci. Education	74,79	17,78	57
Hommes	69,89	17,32	29	Hommes	65,07	16,36	29
Femmes	79,82	13,69	28	Femmes	84,86	13,10	28
Gestion/Adm.	72,29	16,23	62	Gestion/Adm.	71,76	14,60	62
Hommes	67,81	16,84	31	Hommes	66,26	14,43	31
Femmes	76,77	14,51	31	Femmes	77,26	12,77	31

Appendice E

Moyennes et écarts-types pour le test de connaissances sida
1987 et 1990

Tableau 14
Moyennes et écarts-types obtenus au test de connaissances sida en 1987 et 1990
pour les trois programmes et les deux sexes

	<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>		<u>Moyennes</u>	<u>Écarts-types</u>	<u>N</u>
<u>Année 1987</u>	16,66	3,34	174	<u>Année 1990</u>	17,38	2,90	174
Psychologie	17,53	3,33	55	Psychologie	18,27	2,57	55
Hommes	18,32	3,06	25	Hommes	17,92	2,81	25
Femmes	16,87	3,45	30	Femmes	18,57	2,36	30
Sci. Education	15,58	3,94	57	Sci. Education	16,26	2,94	57
Hommes	15,69	3,75	29	Hommes	15,93	2,68	29
Femmes	15,46	4,20	28	Femmes	16,61	3,20	28
Gestion/Adm.	16,89	2,42	62	Gestion/Adm.	17,63	2,83	62
Hommes	16,23	2,82	31	Hommes	18,00	2,84	31
Femmes	17,55	1,73	31	Femmes	17,26	2,83	31

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Serban Ionescu, MD., Ph.D., professeur au département de psychologie, pour son support dans la réalisation de cette étude.

De plus, des remerciements sont adressés à madame Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D., professeure au département de psychologie et co-directrice de ce mémoire, pour son aide dans l'élaboration des données statistiques et pour son soutien tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Références

- ALLPORT, G.W. (1935). Attitudes. in C. Murchison (Ed), Handbook of social psychology. (Vol.2) Worcester, MA: Clark University Press.
- ALLPORT, G. (1968). The historical background of modern social psychology. In G. Lindzey and E. Aronson (Eds.) The handbook of social psychology. (2nd ed., Vol.1). Reading, MA: Addison Wesley.
- ARMSTRONG-ESTHER, C., HEWITT, W.E. (1989). Knowledge and perception of AIDS among Canadian nurses. Journal of Advanced Nursing, 14, (No. 11), 923-938.
- BARRÉ-SINOUSSE, F., CHERMAN, J.C., ROZENBAUM, W. (1987). Le SIDA en question. Paris: Plon.
- BÉNÉZECH, M., RAGER, P., LAVENU, E., BEYLOT, J., BOURGEOIS, M. (1988). Aspects médico-psychologiques de l'information médicale en matière de Sida : l'exemple des toxicomanes détenus, Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 222-226.
- BENICHOU, C., CHOUTET, P., DEGIOVANNI, A. (1988). Rôle du psychiatre dans un service de médecine prenant en charge les patients HIV positifs, ARC ou Sida, Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 220-221.
- BERNEX, R. (1985). SIDA nous sommes tous concernés. Paris : Atlas.
- BLACK, D. (1986). The plague years. A chronicle of AIDS, the epidemic of our times. New York, Simon and Schuster.
- BLANCHE, S., GRISCELLI, C. (1987). Infection à virus H.I.V. du nourrisson et de l'enfant. L'information Psychiatrique, 63, (No. 2), 153-159.

- BLONBEL, M., PERSUY PH, LEDOUX G., ARNOTT G. (1988). Aspects neurologiques et neuro-psychiatriques dans le Sida, Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3) 244-247.
- BOURDELAIS, P. (1989). Contagions d'hier et d'aujourd'hui. Sciences Sociales et Santé, VII, (No. 1), 7-20.
- BOURDELAIS, P., RAULOT, J-Y. (1987). Une peur bleue: histoire du choléra en France 1832-1854. Paris : Payot.
- BOUTON, R.A., GALLAHER, P.E., GARLINGHOUSE, P.A., LEAL, T., ROSENSTEIN, L.D., YOUNG, R.K. (1987). Scales for measuring fear of AIDS and homophobia. Journal of Personality Assessment, 51, 606-614.
- BOUTON, R.A., GALLAHER, P. E., GARLINGHOUSE, P.A., (1989). Demographic variables associated with fear of AIDS and homophobia. Journal of Applied Social Psychology, 19, (No. 11), 885-901.
- BRISTOL-MYERS (1991). Squibb Company Princeton, New Jersey 08543 U.S.A.
- CDC (1981a), «Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles», Morbidity And Mortality Weekly Reports, 30, 250-252.
- CDC (1981b), «Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men-New York City and California», Morbidity And Mortality Weekly Reports, 30, 305-308.
- CHIN, J., SATO, P., MANN, J.M. (1990). Infections par le VIH et cas de SIDA: projections jusqu'en l'an 2000. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 68, (No. 2): 143-153.

- CLIF, S.M., STEARS, D.F. (1988). Beliefs and attitudes regarding AIDS among British college students: a preliminary study of change between November 1986 and May 1987. Health Education Research, Theory and Practice, 3, (No.1), 75-88.
- CRAWFORD, I. (1990) Attitudes of undergraduate college students toward AIDS. Psychological Reports, 66, 11-16.
- DEGIOVANNI, A., GAILLARD, PH., LÉVEQUE, J.-P., BENICHOU, C., SIZARET, P. (1988). La thématique du Sida dans les productions psychopathologiques. Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 248-250.
- DELUMEAU, J., LEQUIN, Y. (1987). Les malheurs des temps; histoire des fléaux et des calamités en France. Paris : Librairie Larousse.
- DHOOPER, S.S., ROYSE, D.D., TRAN, V.T. (1988). Social work practioners' attitudes towards AIDS victims. The Journal of Applied Social Sciences, 12, (No. 1), 107-123.
- Dictionnaire de Médecine, (1989). Paris : Flammarion Médecine-Sciences.
- DOUGLAS, C.J., KALMAN, C.M., KALMAN, T.P. (1985). Homophobia among physicians and nurses: an empirical study. Hospital and Community Psychiatry, 36, (No. 12), 1309-1311.
- DUPRAS, A., LÉVY, J., SAMSON, J.-M., TESSIER, D. (1989). La sexualité des Montréalais et le SIDA, Montréal: Editions IRIS.
- EISER, J.R. (1986). Social Psychology Attitudes, cognition and social behaviour, Cambridge :University Press.
- FAVRE, J.-D., PAYEN, A., PILARD, M. (1988). Réactions psychologiques initiales à l'annonce d'une séro-positivité anti-HIV, Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 230-236.

- FISHBEIN, M. (1963). An investigation of the relationship between beliefs about an object and attitudes toward that object. Human Relations, 16, 233-239.
- FISHBEIN, M., AJZEN, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Adison-Wesley.
- FRANCIS, D.P., CURRAN, J.W., ESSEX, M. (1983). Epidemic acquired immune deficiency syndrome: epidemiologic evidence for a transmissible agent, Journal National Cancer Institute, 71, 1-4.
- FREED, E. (1983). Aidophobia: letter to the editor. Medical Journal of Australia, 2, 479.
- FRIEDMAN-KIEN, A.E., LAUBENSTEIN, L.J., RUBINSTEIN, P. (1982). «Disseminated Kaposi's sarcoma in homosexual men», Annual International Medecine, 96, 693-700.
- FRIERSON, R.L. (1990). The psychotic fear of AIDS. Psychosomatics, 31, (No.2), 217-219.
- GABAY, E.D., MORRISON, A. (1985). AIDS-phobia, homophobia and locus of control. Communication présentée à l'American Psychological Association, Los Angeles.
- GARIÉPY, A., BERTRAND, I. (1989). Le SIDA et les jeunes. Québec : Fides (Collection vie, santé et valeurs).
- GERGEN, K. J., GERGEN, M. M. (1981). Psychologie sociale. New York : Harcourt Brace Jovnovich, Inc.
- GHEYSEN F. (1987). Sida et Psychiatrie. Actualité Médecine Internationale Psychiatrie, 42, 4 1047.

- GOLDMEIER, D. (1987). Psychosocial Aspects of AIDS, British Journal of Hospital Medicine, 232-240.
- GOODWIN, M.P., ROSCOE, B. (1988). AIDS: student' knowledge and attitudes at a Midwestern University. Journal of American College Health, 36, 214-222.
- GOTTLIEB, M.S., SCHROFF, R., SCHANKER, H.M., WEISMAN, J.D., FAN, P.T., WOLF, R.A., SAXON, A., (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency, New Englan Journal Medecine, 305, 1425-1431.
- GRAY F., GHERARDI R. (1987) Neuropathologie du SIDA. Atteintes du système nerveux central. EMC. Instantanés Médicaux, 2, 17-23.
- GREENWALD, A. G. (1968). On Defining Attitude and Attitude Théory in Social Psychology. A series of monographs, treatises, and texts. New York and London: Academic Press.
- GRIEGER, I., PONTEROTTO, J.G.(1988). Students' knowledge of AIDS and their attitudes toward gay men and lesbian women. Journal of College Student Development, 29, (No. 5), 415-422.
- GRMEK, M.D. (1989). Histoire du sida. Paris : Payot (Médecine et Sociétés).
- HANS, J. (1988). Aids and aids risk patient care. England : Ellis Horwood Limited.
- HANSEN, G.L. (1982). Measuring prejudice against homosexuality (homosexism) among college students: a new scale. The Journal of Social Psychology, 117, 233-236.
- HENRION, R. (1988). Les femmes et le SIDA. Paris : Flammarion (Santé Mode d'Emploi).

- IONESCU, S. (1989). Psychologie et sida : état de la question. Psychologie Française, No. 34-2/3, 111-126.
- IONESCU, S., JOURDAN-IONESCU, C. (1989). La peur du sida : faits établis sur différents échantillons de population et nouvelles recherches. Psychologie Française, No. 34-2/3, 153-170.
- JACOB, K.S., JOHN, J.K., VERGHESE, A., JOHN, T.J. (1987). AIDS - Phobia. British Journal of Psychiatry, 150, 412-413.
- JÄGER, H. (1988a). AIDS Phobia Disease Pattern and Possibilities of Treatment. New York : Ellis Horwood Limited.
- JÄGER, H. (1988b). Aids and aids risk patient care. England : Ellis Horwood limited.
- JOURDAN-IONESCU, C., DE LA ROBERTIE, (1989). Interrogations que pose au clinicien le sida, Psychologie Française, No. 34-2/3, 127-144.
- KATZ, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. Public Opinion Quarterly, 24, 163-204.
- KATZ, I., HASS, R.G., PARISI, N., ASTONE, J. (1987). Lay people's and health care personnel's perceptions of cancer, AIDS, cardiac and diabetic patients. Psychological Reports, 60, 615-629.
- KATZ, D., STOTLAND, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch (Ed.), Psychology: Study of a Science. Vol. 3, New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- KATZMAN, E.M., MULHOLLAND, M., SUTHERLAND, E.M. (1988). College students and AIDS : a preliminary survey of knowledge, attitudes and behavior, Journal of American College Health, 37, (No. 3) 127-130.

- KELLY, J.A., ST.LAWRENCE, J.S., SMITH, S. JR., HOOD, H.V., COOK, D.J. (1987). Medical students' attitudes toward AIDS and homosexual patients. Journal of Medical Education, 62, 549-556.
- KING, J.C., BEAZLEY, R.P., WARREN, W.K., HANKINS, C.A., ROBERTSON, A.S., RADFORD, J.L. (1989). Etude sur les jeunes Canadiens face au SIDA, Publication officielle, Kingston, Ontario : University Queen's.
- KITE, M.E., DEAUX, K. (1986). Attitudes toward homosexuality : Assessment and behavioral consequences. Basic and Applied Social Psychology, 7, 137-162.
- LAMBERT, J. (1980). Social Psychology. New York : Macmillan.
- LIPKIN, B. (1985). Fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 147, 210.
- MANNING, D.T., BARENBERG, N., GALLESE, L., RICE, J.C. (1989). College Students' Knowledge and health beliefs about AIDS: implications for education and prevention. Journal of American College Health, 37, (No. 6), 254-259.
- McALEER, J.J.A., CUNNINGHAM, S.R., DICKEY, W., BURROWS, D., CALLENDER, M.E. (1986) Attitudes to and knowledge about the acquired immune deficiency syndrome : lack of a correlation. British Medical Journal, 293, pp. 1212.
- MILLER, D., GREEN, J., FARMER, R., CARROLL, G. (1985). A "pseudo-AIDS" syndrome following from fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 146, 550-551.
- MONTAGNIER, L. (1989). SIDA: les faits, l'espoir. La nouvelle mise au point de l'Institut Pasteur. Edition Québécoise.
- MONTAGNIER, L., ROZENBAUM, W., GLUCKMAN, J-C. (1989). SIDA et infection par VIH. Paris : Flammarion (Médecine-Sciences).

- MURPHY, G., MURPHY, L., NEWCOMB, T. (1937) Experimental Social Psychology. New York : Harper & Row, Publishers.
- NICHOLS, S.E., OSTROW, D.G. (1984). Psychiatric Implications of Acquired Immune Deficiency Syndrome. Washington : American Psychiatric Press, INC.
- NOLLET, D. (1987). Les affections encéphaliques au cours du SIDA. L'information Psychiatrique, 63, (No. 2), 161-163.
- NURNBERG H.G., PRUDIC J., FIORI M., FREEDMAN E.P. (1984). Psychopathology complicating AIDS. American Journal of Psychiatry, 141, 95-96.
- O'BRIEN, L.S. (1987). Not a case of pseudo-AIDS. British Journal of Psychiatry, 151, 127.
- OLIVIER, C., THOMAS, R. (1989). Le SIDA: un nouveau défi médical. Canada : L'association des médecins de langue française du Canada.
- OMS (1992). Données internationales concernant la répartition du nombre de cas de sida dans le monde. Genève : Programme de surveillance de l'OMS.
- OSKAMP, S. (1977). Attitudes and opinions. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- PENNER, L. A., (1986). Social Psychology Concepts and applications. United States : West Publishing company.
- PENROD, S. (1986). Social psychology. New Jersey : Prentice-Hall.
- PETTIGREW, T. F. (1969). Racially separate or together? Journal of Social Issues, 25, 43-69.

- PLATA, F., WAIN-HOBSON, S. (1987). SIDA: immunité et vaccins. La recherche, 18, (No. 193), 1320-1331.
- POMMIER, F., DAOUD, H., EDEL, Y. (1988). Désarroi autour de la sérologie, L'information Psychiatrique, 64, (No.5), 673-676.
- POMMIER, F., TABOADA, M.-J., VANHOVE, A.-M. (1988). Impact de l'annonce de la séropositivité sur les patients toxicomanes, L'Information Psychiatrique, 64, (No. 5), 682-686.
- PRICE, J. H., (1982). High school students' attitudes toward homosexuality. The Journal of School Health, 52, 469-473.
- PRICE, J.H., DESMOND, S., KUKULKA, G. (1985). High school students' perceptions and misperceptions of AIDS. Journal of School Health, 55, (No. 3), 107-109.
- RAYMONDET, PH., BOUGEROL, T., SCOTTO, J.-C. (1988). Les sujets séro-positifs HIV et les fantasmes qu'ils induisent, Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 262-268.
- REMIS, R.S. (1990). Surveillance des cas du Syndrome d'Immunodéficience Acquisée (SIDA), Québec: cas cumulatifs 1979-1990, Mise à jour No. 90-5, Centre québécois de coordination sur le sida.
- ROBERT, P. (1978). Le Petit Robert, Dictionnaire alphabétique & analogique de la langue Française. Paris: Société du nouveau Littré.
- ROGERS, R.W., MEWBORN, C.R. (1976). Fear appeals and attitudes change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 54-61.
- ROSCOE, B., KRUGER, T.L. (1990). AIDS: late adolescents' knowledge and its influence on sexual behavior. Adolescence, 25, (No. 97), 39-48.

- ROSS, M.W. (1988). Components and structure of attitudes toward AIDS, Hospital & Community Psychiatry, 39, (No. 12), 1306-1308.
- ROYSE, D., BIRGE, B. (1987). Homophobia and attitudes towards AIDS patients among medical, nursing, and paramedical students. Psychological Reports, 61, 867-870.
- ROZENBAUM, W., SEUX, D., KOUCHNER, A. (1984). Sida, réalités et fantasmes. Paris: P.O.L. Editeur.
- ROZENBAUM, W. (1987). Les aspects cliniques dans l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.). L'information Psychiatrique, 63, (No.2), 145-152.
- RUFFIÉ, J., SOURNIA, J.C. (1984). Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Paris: Flammarion.
- SIMKINS, L., EBERHAGE, M.G. (1984). Attitudes toward AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome. Psychological Reports, 55, 779-786.
- SIMKINS, L., KUSHNER, A. (1986). Attitudes toward AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome: two years later. Psychological Reports, 59, 883-891.
- SIZARET, P., DEGIOVANNI, A., GAILLARD, PH., CHOUTET, P., BENICHOU, C., LIONNET, B. (1988). Les formes neuropsychiatriques du Sida, à propos de quelques cas. Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 241-243.
- Statistics from the World Health Organization and the Centers for Disease Control, AIDS 1990, 4, 1173-1177, Statistics as of 1 October 1990.
- TEMOSHOK, L., SWEET, D.M., ZINCK, J. (1987) A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. Psychology and Health, 1, (No.1), 43-60.

- TINTINGER, J., SIMKINS, L. (1989). Mandatory AIDS Testing: Factors influencing public opinion. Psychological Reports, 65, 835-843.
- TRIPLET, R.G., SUGARMAN, D.B. (1987). Reactions to AIDS victims : ambiguity breeds contempt. Personnality and Social Psychology Bulletin, 13, (No. 2), 265-274.
- VEYRAT, J.-G. (1987). Le paranoïaque face au Sida. Annales Médico-Psychologiques, 146, (No. 3), 251-253.
- WINDGASSEN, E., SONI, S.D. (1987). AIDS panic. British Journal of Psychiatry, 151, 126-127.
- YOUNG, M., WHERTVINE, J. (1982). Attitudes of heterosexual students toward homosexual behavior. Psychological Reports, 51, 673-674.
- ZIEGLER, J.L. (1990). Kaposi's Sarcoma: Introduction and Overview. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, New York : Raven Press Ltd, (Supp.1), S1-S3.